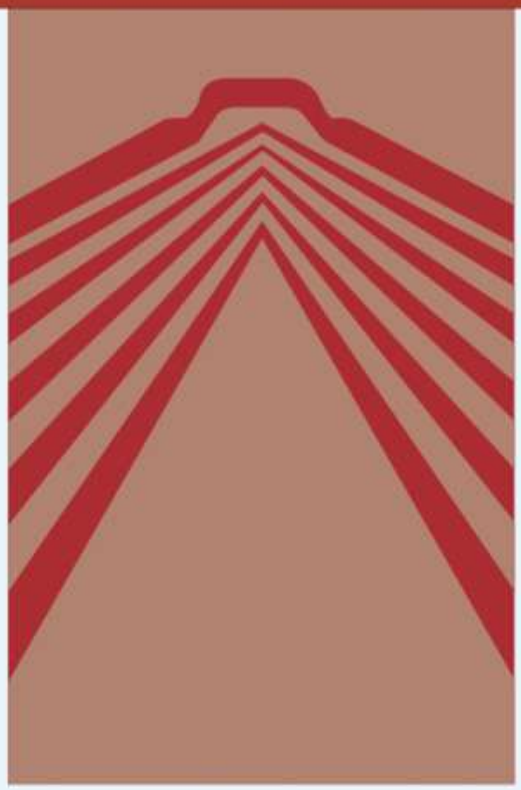


Terapia de grupo para los trastornos por consumo de sustancias

Un enfoque cognitivo-conductual

Linda Carter Sobell
Mark B. Sobell

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

LINDA CARTER SOBELL
PROFESORA Y DIRECTORA ASOCIADA DE LA FORMACIÓN CLÍNICA EN EL CENTRO DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE NOVA SOUTHEASTERN (UNS) EN FORT LAUDERDALE, FLORIDA

MARK B. SOBELL
PROFESOR Y CODIRECTOR DE LA CLÍNICA DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO EN EL CENTRO DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE NOVA SOUTHEASTERN (UNS)

Terapia de grupo para los trastornos por consumo de sustancias

Un enfoque cognitivo-conductual

EDICIONES PIRÁMIDE

Este libro está dedicado a cuatro personas muy especiales en nuestras vidas.
En primer lugar, a la madre de Mark, Mollie, y a la abuela de Linda, Sadie, que tuvieron una influencia fundamental en nuestras vidas.
Desearíamos que estuvieran todavía aquí para que pudieran compartir esto con nosotros.
En segundo lugar, a nuestras hijas y amigas especiales, Stacey and Kimberly, que han enriquecido de tantas maneras nuestras vidas.

Índice

Listado de figuras, tablas y fichas del terapeuta y del cliente

Sobre los autores

Prologo

Agradecimientos

PARTE PRIMERA. Base teórica, investigación y evaluación

1. Tratamiento de autocambio dirigido y su extensión con éxito a la terapia de grupo

Influencias en el desarrollo del modelo de tratamiento de ACD
El modelo de tratamiento de ACD comparado con otras intervenciones cognitivo-conductuales
Breve revisión de estudios comparando tratamientos grupales e individuales para los TCS
Marco general del modelo de tratamiento de ACD
Extendiendo el modelo de tratamiento de ACD a formato grupal
¿Hasta qué punto funciona bien el ACD?
Difusión del modelo de tratamiento de ACD: del laboratorio a la práctica
Resumen

2. Visión general de las estrategias y técnicas de entrevista motivacional

Desarrollo histórico de la entrevista motivacional
¿Qué es la entrevista motivacional?
Técnicas y estrategias de entrevista motivacional
Resumen

3. La evaluación: el comienzo del tratamiento

Utilizando el enfoque de entrevista motivacional para comenzar la evaluación
Medidas y cuestionarios de evaluación: descripción y utilidad
Utilidad de los ejercicios para casa
Tareas para casa asignadas a los clientes en la sesión de evaluación
Terminando la sesión de evaluación: ¿qué destacó?
Resumen

PARTE SEGUNDA. Autocambio guiado: una intervención motivacional cognitivo-conductual para terapia individual y grupal

4. Tratamiento de autocambio guiado en formato individual

Sesión 1
Sesión 2
Sesión 3
Sesión 4
Resumen

5. Integrado la entrevista motivacional y las técnicas cognitivo-conductuales en la terapia de grupo

El poder del grupo: sacar el máximo rendimiento de los procesos grupales
Adaptación del modelo de tratamiento de ACD
Discusiones en cadena
Integrar las estrategias y técnicas de la entrevista motivacional en un formato grupal utilizando discusiones en cadena
Preparar a los miembros potenciales del grupo durante la evaluacion
La terapia de grupo puede verse limitada por factores culturales o de otro tipo
Resumen

PARTE TERCERA. Dirigir y gestionar grupos: planficación antes del grupo, cohesión grupal y situaciones y clientes difíciles

6. Construyendo la cohesión grupal. La música viene del grupo

Preparación y planificación del grupo
El grupo: una sala de espejos de aprendizaje en vivo
La música viene del grupo: los terapeutas como directores de orquesta
La cohesión: una fuerza potente en la terapia de grupo
Resumen

7. Gestionando los grupos. Cuestiones estructurales

Montar los grupos
Estructura de la sesión: duración y tamaño
El papel de los coterapeutas/terapeutas del grupo
Seleccionar a los miembros del grupo: composición y equilibrio
Otras cuestiones significativas del grupo
Terminación de los grupos
Resumen

8. Manejando a los clientes difíciles en los grupos

Pensar en el grupo: interrumpir a los clientes por el bien común
Equilibrar las voces en el grupo
Manejar el conflicto e introducir tiempos fuera
La autorrevelación
Personalizar los problemas utilizando el afecto
Resumen

9. El camino a seguir

Poner en práctica tratamientos rentables
¿Son rentables los grupos?
¿Dónde está la formación?
Terapia de grupo: la tendencia del futuro
Resumen

Apéndices

Apéndice A. Cuestionario AUDIT
Apéndice B. Cuestionario de consumo de drogas (DAST-10)
Apéndice C. Cuestionario de consumo anterior de drogas
Apéndice D. Cuestionario breve de confianza situacional (BSCQ)

Referencias

Créditos

Listado de figuras, tablas y fichas del terapeuta y del cliente

Figuras

Figura 1.1. Porcentaje de días de abstinencia en el pre-tratamiento, durante el tratamiento y en el postratamiento en bebedores problema asignados a las condiciones de tratamiento individual y grupal
Figura 1.2. Promedio de unidades de bebida por día de bebida en el pre-tratamiento, durante el tratamiento y en el postratamiento para los bebedores problema asignados a las condiciones de tratamiento individual y grupal
Figura 1.3. Porcentaje de días de bebida a diferentes niveles en el pretratamiento, durante el tratamiento y en el postratamiento para bebedores problema. Las condiciones de tratamiento individual y grupal se combinaron porque no diferían de forma significativa
Figura 1.4. Porcentaje de días abstinentes de drogas en el pre-tratamiento, durante el tratamiento y en postratamiento de todos los consumidores de drogas y de forma independiente para los consumidores de cocaína y cannabis
Figura 4.1. Componentes cognitivos del modelo de prevención de recaídas
Figura 4.2. Ejemplos de gráficos de los seis tipos de perfiles BSCQ
Figura 9.1. Modelo de tratamiento de cuidados por pasos

Tablas

Tabla 1.1. Diferencias fundamentales entre el modelo de tratamiento de ACD y otras intervenciones cognitivo-conductuales para los TCS
Tabla 1.2. ECA del mismo tratamiento desarrollado en formato grupal vs. individual para los TCS
Tabla 1.3. Resumen de los resultados de los estudios que evalúan el modelo de tratamiento de ACD para clientes con problemas de alcohol
Tabla 1.4. Valoraciones de los clientes al final del tratamiento según la condición (individual o grupal) y según la sustancia problema primaria (alcohol o drogas)
Tabla 1.5. Valoraciones de los clientes sobre el tratamiento en el seguimiento a 12 meses según la condición (individual o grupal) y según la sustancia primaria probemática (alcohol o drogas)
Tabla 1.6. Valoraciones de los terapeutas sobre los clientes según la condición (individual o grupal) y según la sustancia primaria problemática (alcohol o drogas)

Tabla 2.1. Cronología de los beneficios de dejar de fumar
Tabla 3.1. Medidas y cuestionarios utilizados en el tratamiento de ACD en terapia individual y grupal
Tabla 4.1. Materiales de *feedback* personalizado dados a los clientes durante las sesiones 1-4
Tabla 4.2. BSCQ: ocho categorías de situaciones de alto riesgo y etiquetas de los perfiles
Tabla 5.1. Temas de la discusión en cadena utilizados en el grupo de tratamiento de ACD
Tabla 5.2. Formas de integrar a los distintos miembros y temas en las discusiones del grupo
Tabla 5.3. Reglas del grupo y su lógica
Tabla 6.1. Tareas de los coterapeutas antes de cada sesión de terapia grupal
Tabla 6.2. Principios con apoyo empírico con respecto a la relación terapéutica en el grupo de tratamiento
Tabla 7.1. Ventajas e inconvenientes de la terapia de grupo vs. la terapia individual
Tabla 8.1. Sugerencias para responder a los clientes difíciles en los grupos

Fichas del terapeuta

Ficha del terapeuta 3.1. Objetivos, materiales necesarios, procedimientos y fichas para el cliente: sesión de evaluación para la terapia individual y grupal
Ficha del terapeuta 3.2. Instrucciones de la línea base retrospectiva y ejemplo de calendario de consumo de alcohol
Ficha del terapeuta 3.3. Instrucciones de la línea base retrospectiva y ejemplo de calendario para el consumo de drogas
Ficha del terapeuta 4.1. Objetivos, procedimientos, fichas del cliente y pautas clínicas y diálogos: sesión individual 1
Ficha del terapeuta 4.2. Objetivos, procedimientos, fichas del cliente y pautas clínicas y diálogos: sesión individual 2
Ficha del terapeuta 4.3. Objetivos, procedimientos, fichas del cliente y pautas clínicas y diálogos: sesión individual 3
Ficha del terapeuta 4.4. Objetivos, procedimientos, fichas del cliente y pautas clínicas y diálogos: sesión individual 4
Ficha del terapeuta 5.1. Objetivos, procedimientos, fichas del cliente, planificación antes del grupo y ejemplos de discusiones en cadena: sesión de grupo 1
Ficha del terapeuta 5.2. Objetivos, procedimientos, fichas del cliente, planificación antes del grupo y ejemplos de discusiones en cadena: sesión de grupo 2
Ficha del terapeuta 5.3. Objetivos, procedimientos, fichas del cliente, planificación antes del grupo y ejemplos de discusiones en cadena: sesión de grupo 3
Ficha del terapeuta 5.4. Objetivos, procedimientos, fichas del cliente, planificación antes del grupo y ejemplos de discusiones en cadena: sesión de grupo 4

Fichas del cliente

Ficha del cliente 3.1. Ejercicio de balance decisional
Ficha del cliente 3.2. Autorregistros del consumo de alcohol
Ficha del cliente 3.3. Autorregistros del consumo de drogas
Ficha del cliente 3.4. Valoración del objetivo de abstinencia de alcohol o drogas
Ficha del cliente 3.5. Valoración de la elección del objetivo para el consumo de alcohol
Ficha del cliente 3.6. Escala Dónde estás ahora
Ficha del cliente 4.1. *Feedback* personalizado: ¿dónde se sitúa tu consumo de alcohol?: sesión 1 individual y grupal
Ficha del cliente 4.2. *Feedback* personalizado: ¿dónde se sitúa tu consumo de drogas?: sesión 2 de terapia individual y grupal
Ficha del cliente 4.3. Ejemplo de *feedback* personalizado de consumo de alcohol desde el pretratamiento a la sesión 4: sesión 4 individual y grupal
Ficha del cliente 4.4. Ejemplo de *feedback* personalizado de consumo de drogas desde el pretratamiento a la sesión 4: sesión 4 individual y grupal
Ficha del cliente 4.5. Lectura Identificar precipitantes: sesión 2 individual y grupal
Ficha del cliente 4.6. Ejercicio de Identificar precipitantes: sesión 2 individual y grupal
Ficha del cliente 4.7. Ejemplo de perfil BSCQ de consumo de alcohol o drogas desde la evaluación: sesión 2 individual y grupal
Ficha del cliente 4.8. Ejercicio de desarrollar nuevas alternativas y planes de acción: sesión 3 individual y grupal
Ficha del cliente 4.9. Ejemplo de perfil BSCQ de consumo de alcohol o drogas desde la evaluación a la sesión 3: sesión 4 individual y grupal
Ficha del cliente 4.10. Solicitud de sesiones adicionales: sesión 4 individual y grupal
Ficha del cliente 5.1. Introducción a los grupos

En el encabezamiento de las fichas, «terapeuta» aparece abreviado como T y «cliente» como C.

Sobre los autores

La dra. **Linda Carter Sobell, ABPP,** es profesora y Directora Asociada de la formación clínica en el Centro de Estudios de Psicología de la Universidad de Nova Southeastern (UNS) en Fort Lauderdale, Florida. También es codirectora de la Clínica de Autocambio Dirigido en la UNS. Durante 17 años fue investigadora principal en la *Addiction Research Foundation* (Canadá) y profesora en la Universidad de Toronto. Miembro de la Asociación Americana de Psicología, formadora en entrevista motivacional y especialista en Psicología Cognitivo-conductual por el Consejo Americano de Psicólogos Profesionales (ABPP), la dra. Sobell es conocida nacional e internacionalmente por su investigación en el ámbito de las adicciones, en particular por las intervenciones motivacionales breves, el proceso de autocambio y la Línea Base Retrospectiva. Ha realizado más de 300 presentaciones invitadas y talleres, publicado más de 275 artículos y capítulos de libros, es autora de siete libros, participa en varios equipos editoriales y durante tres décadas ha recibido becas de distintas agencias federales. Ha sido presidenta de la Asociación de Terapias Cognitivas y Conductuales y de la Sociedad de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología. Entre los premios que la dra. Sobell ha recibido destacan el Premio Betty Ford de la *Association for Medical Education and Research in Substance Abuse,* el premio en memoria de Norman E. Zinberg de la Universidad de Harvard, el premio a la contribución científica más distinguida de la Sociedad de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología, el premio al reconocimiento de la trayectoria profesional del *Addictions Special Interest Group* de la Asociación de Terapias Cognitivas y Conductuales, el premio Brady/Schuster a la investigación de ciencia conductual más destacada en psicofarmacología y consumo de sustancias de la División 28 de la Asociación Americana de Psicología, y el premio Charles C. Shepard Science en el 2008 al artículo más destacado revisado por pares en prevención y control, publicado por *Centers for Disease Control and Prevention/Agency for Toxic Substances and Disease Registry.*

El dr. **Mark B. Sobell, ABPP,** es profesor y co-director de la Clínica de Autocambio Dirigido en el Centro de Estudios de Psicología de la UNS. Durante 16 años fue investigador principal en la *Addiction Research Foundation* (Canadá) y profesor en la Universidad de Toronto. Especialista en Psicología Cognitivo-conductual por el Consejo Americano de Psicólogos profesionales (ABPP), el dr. Sobell es reconocido nacional e internacionalmente por su trabajo en el ámbito de las conductas adictivas, en particular

en intervenciones motivacionales breves, el proceso de autocambio y la Línea Base Retrospectiva. Ha realizado más de 200 presentaciones invitadas y talleres, publicado más de 275 artículos y capítulos de libros, es autor de seis libros, participa en varios equipos editoriales y durante tres décadas ha recibido becas de distintas agencias federales. Fue Editor del *Journal of Consulting and Clinical Psychology* y actualmente es Editor Asociado del *Psychology of Addictive Behaviors* y del *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* Entre los premios que ha recibido el dr. Sobell destaca el premio a la contribución científica más distinguida de la Sociedad de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología, el premio *Charles C. Shepard Science* en el 2008, el premio al reconocimiento de la trayectoria profesional del *Addictions Special Interest Group* de la Asociación de Terapias Cognitivas y Conductuales, y el premio Jellinek por las contribuciones más destacadas en el ámbito de los estudios sobre alcohol.

Prólogo

Este libro surge de un estudio que llevamos a cabo comparando nuestro modelo de tratamiento de autocambio dirigido (ACD) (M. B. Sobell y Sobell, 1993a, 2005) desarrollado en grupo con la terapia individual (L. C. Sobell, Sobell y Agrawal, 2009). Aunque nuestra intención inicial era desarrollar, validar y extender con éxito el modelo utilizado en terapia individual a un marco grupal, como se aborda en el capítulo 1, esta extensión planteó dificultades inesperadas.

Nuestros objetivos al escribir este libro eran: 1) describir cómo dirigir y manejar de forma efectiva las dinámicas de interacción interpersonal en los grupos de clientes con trastornos por consumo de sustancias (por ejemplo, estructura de los grupos, desarrollar cohesión o manejar a los clientes difíciles); 2) mostrar cómo integrar los principios básicos de la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional en la terapia de grupo; 3) discutir cómo manejar las situaciones clínicas difíciles y desafiantes y las cuestiones que surgen cuando se dirigen grupos, y 4) presentar un breve resumen de los resultados de tratamiento de nuestro ensayo clínico aleatorizado comparando los formatos grupal e individual del modelo de tratamiento de ACD. A este respecto, este libro permite actualizar el tratamiento de ACD que se presenta en nuestro libro anterior (M. B. Sobell y Sobell, 1993a).

Los términos *paciente* y *cliente* se utilizan indistintamente a lo largo de este libro, ya que ambos términos se utilizan en psicología clínica y de la salud. Cuando se ofrecen ejemplos clínicos hemos eliminado toda la información personal, y para ser consistentes nos referimos a los clientes varones como *Bill* y a los clientes femeninos como *Mary*.

INTEGRACIÓN DEL MATERIAL CLÍNICO Y DIÁLOGOS EN EL TEXTO

Casi todos los materiales clínicos y cuestionarios, así como las fichas de los terapeutas y los clientes, están integrados en los capítulos, en lugar de incluirse como apéndices. Esto hace que el material clínico sea más fácil de utilizar, clínicamente útil y de más fácil acceso. El capítulo 3 describe la evaluación con una discusión de la utilidad clínica de las medidas e instrumentos utilizados, incluyendo ejemplos de diálogos del terapeuta que ilustran cómo abordar la evaluación con los clientes. El capítulo 4 presenta el tratamiento de ACD desarrollado en formato individual y ofrece guías de la sesión para los terapeutas, que incluyen objetivos, procedimientos y los materiales y hojas necesarios. El capítulo 5 presenta de forma similar guías de sesión para los terapeutas respecto a cada sesión grupal, incluyendo también ejemplos de discusiones en cadena. Se

incluyen ejemplos clínicos a lo largo de todo el libro, y espe cialmente en la parte segunda, que muestran: 1) cómo implementar el modelo de tratamiento de ACD tanto en terapia individual como grupal y 2) cómo integrar las estrategias y técnicas cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional en la terapia de grupo, incluyendo las medidas y cuestionarios de evaluación y los materiales de *feedback* asociados a la entrevista motivacional.

PÚBLICO DESTINATARIO

Este libro se dirige a dos tipos de lectores. El primero lo forman los profesionales y clínicos que están tratando a individuos con problemas de consumo de sustancias y que quieren aprender a integrar con éxito las técnicas cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional en la terapia de grupo. El segundo los profesionales y clínicos que no pertenecen al ámbito del consumo de sustancias pero quieren aprender más acerca de cómo dirigir y manejar las dinámicas de interacción interpersonal en grupos, y cómo integrar los principios y técnicas cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional en la terapia de grupo. Esperamos que los lectores se queden con la impresión de que, aunque la terapia de grupo es más compleja y desafiante que la terapia individual, es muy gratificante y permite conseguir cosas que no pueden lograrse fácilmente en un tratamiento individual.

Agradecimientos

Este libro se basa en un ensayo clínico aleatorizado que evaluaba el modelo de tratamiento de autocambio dirigido (ACD) en formato de terapia grupal versus individual. Se llevó a cabo cuando dirigíamos la Unidad de ACD en la *Addiction Research Foundation* en Toronto, Canadá. Queremos agradecer al dr. Joan Marshman, que en ese momento era el presidente de la Fundación, y al personal de Unidad de ACD, que contribuyó a los buenos resultados del estudio; son, por orden alfabético: Sangeeta Agrawal, Margaret Beardwood, Diane Benedek, Curtis Breslin, Joanne Brown, Barbara Bruce, Giao Buchan, Carole Bush, Virginia Chow, Pat Cleland, John Cunningham, Judy Dobson, Doug Gavin, Joanne Jackson, Lisa Johnson-Young, Mel Kahan, Even Kwan, Gloria Leo, Eric Rubel, Lorna Sagorsky, Kathy Sdao-Jarvie, Peter Selby, Je nnifer-Ann Shillingford, Joanne Spratt, Kathy Voros, Peter Voros, Lynn Wilson y Kim Zynck. Además, queremos mostrar nuestro agradecimiento a todos nuestros estudiantes de doctorado del *Center for Psychological Studies* de la Universidad Nova Southeastern en Fort Lauderdale, Florida, a los que, dentro de su formación, supervisamos la realización de terapias de grupo. Gracias a esa supervisión a lo largo de los últimos 12 años hemos seguido perfeccionando nuestro enfoque para dirigir terapia de grupos y para aplicar las técnicas de entrevista motivacional en un marco grupal.

Hace varios años asistimos a dos talleres realizados por el dr. Robert Dies que influyeron enormemente en nuestro abordaje de la terapia de grupo. Como se verá después de leer este libro, lo que más nos influyó fueron los conceptos de *Pensar en el grupo,* la *Música viene del grupo* y los *Terapeutas como directores de orquesta.* Además, sus sugerencias para manejar clientes y situaciones de grupo difíciles y desafiantes han resultado inestimables. Queremos mostrar un especial agradecimiento a Anaeli Ramos, Jessica Ruiz, Rachael Silverman y Andrew Voluse por su ayuda en la preparación del manuscrito. Gracias a Sir Meowy por acompañarnos y sentarse ante las páginas del manuscrito a altas horas de la noche. Además, queremos agradecer a los muchos clientes que a lo largo de los años participaron en nuestros grupos, porque nos enseñaron mucho sobre los grupos y los procesos grupales. El libro del dr. Beverly Thorn, *Cognitive Therapy for Chronic Pain* (2004), también nos aportó ideas muy útiles para presentar los materiales clínicos de este libro.

Asimismo, estamos en deuda con William R. Miller, un consumado científico, que formalizó de manera magistral los elementos fundamentales de la entrevista motivacional. La entrevista motivacional ha sido un componente cada vez más importante de nuestro enfoque y es un pilar importante del enfoque de tratamiento de

este libro.

Por último, debemos agradecer a Jim Nageotte, nuestro editor en The Guilford Press, su paciencia y apoyo. Aunque desde nuestra perspectiva nunca hubo dudas del producto final, terminarlo llevó más tiempo del que preveíamos. A este respecto, queremos agradecer a Jim que no abandonara este proyecto. Finalmente, un agradecimiento especial a un revisor anónimo del manuscrito, cuyos detallados comentarios llevaron a desarrollar un libro de lectura más fácil y clínicamente útil.

PARTE PRIMERA
Base teórica, investigación y evaluación

1

Tratamiento de autocambio dirigido y su extensión con éxito a la terapia de grupo

> Un cuerpo convincente de resultados de investigación ha demostrado de manera inequívoca que la terapia de grupo es una forma de psicoterapia altamente efectiva y que es al menos igual en su poder de ofrecer beneficios significativos.
>
> YALOM y LESZCZ (2005, p. 1)

Este capítulo es el fundamento del resto del libro, ya que: 1) revisa el desarrollo del modelo de tratamiento de autocambio dirigido (ACD) y las diversas líneas de investigación que han influido en el modelo; 2) compara el modelo de tratamiento de ACD con otras intervenciones cognitivo-conductuales para el consumo de sustancias; 3) indica cómo el modelo de tratamiento de ACD fue diseminado con éxito por la comunidad en la que se desarrolló originalmente, y 4) presenta los resultados del ensayo controlado aleatorizado (ECA), que extendió con éxito a un formato de terapia de grupo el modelo de tratamiento de ACD que había sido desarrollado como tratamiento individual.

El modelo de tratamiento de ACD era el resultado de nuestra investigación anterior en el tratamiento ambulatorio de los bebedores problema. En comparación con bebedores más severamente dependientes, los bebedores problema no dependen fisiológicamente del alcohol, suelen haber tenido el problema menos años, están trabajando, tienen apoyo ambiental y son muy resistentes a ser etiquetados como *alcohólico* o *drogadicto.* Estas diferencias se describen detalladamente en nuestro anterior libro, *Problem Drinkers: Guided Self-Change Treatment* (M. B. Sobell y Sobell, 1993a). Aunque el modelo de tratamiento de ACD se desarrolló para bebedores de habla inglesa, se ha extendido y evaluado con consumidores de drogas cuyos problemas no son severos (L. C. Sobell et al., 2009; L. C. Sobell, Wagner, Sobell, Agrawal y Ellingstad, 2006) y con consumidores de alcohol de habla hispana (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997, 1998; Ayala-Velázquez, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995). En este capítulo se presentan los resultados de nuestro estudio, comparando el tratamiento de ACD en formato grupal vs. individual y extendiendo el modelo de tratamiento de ACD a los consumidores de drogas como un resumen de la revisión de varios estudios previos que evaluaban el modelo de tratamiento ACD y las adaptaciones de ese modelo (M. B. Sobell y Sobell, 2005).

INFLUENCIAS EN EL DESARROLLO DEL MODELO DE TRATAMIENTO DE ACD

Como ya se indicó en otro manual (M. B. Sobell y Sobell, 1993a, 2005), varias líneas de investigación influyeron en el desarrollo del modelo de tratamiento de ACD. La mayor influencia derivaba de la investigación epidemiológica llevada a cabo durante la década de 1970, que mostraba que muchos individuos tenían problemas con el alcohol que no eran tan severos (por ejemplo, Cahalan y Room, 1974; Schuckit, Smith, Danko, Bucholz y Reich, 2001; M. B. Sobell y Sobell, 1993b). De forma consistente con otros problemas de salud, parecía razonable pensar que estos individuos podrían beneficiarse de una intervención menos intensa y más breve que aquellos que tenían problemas de alcohol más severos. Relacionado con esto estaba la investigación acerca de la preferencia de los bebedores problema por objetivos moderados (Heather y Robertson, 1981; Marlatt et al., 1985; Miller, 1986-1987).

Otra influencia importante en el desarrollo del modelo de tratamiento de ACD fue un estudio de Edwards et al. (1977) que encontró que una única sesión de consejo o *counseling* producía los mismos resultados que un tratamiento más amplio. Además, los individuos asignados aleato riamente a cualquiera de las condiciones gene ralmente mostraban una mejoría considerable. Aunque la mayoría de los estudios cognitivo-conductuales hasta esa fecha habían enfatizado el entrenamiento en habilidades, la mejoría después de una única sesión no podía explicarse por el entrenamiento en habilidades. Más bien, la explicación más probable era que muchos individuos tienen la capacidad para cambiar su problema de con sumo de sustancias si están suficientemente mo ti vados, bastando esa única sesión para catalizar su moti vación. Este pensamiento se ve apoyado por la investigación sobre el fenómeno de autocambio (es decir, recuperación natural), que ha mostrado cómo muchas personas con problemas de alcohol y drogas pueden cambiar con éxito por sí mismos (revisado en Klingemann y Sobell, 2007).

La teoría cognitivo-social de Bandura (1977, 1986) fue otra influencia en el desarrollo del modelo de tratamiento ACD, ya que sugería que la autoeficacia, las expectativas de resultado y la elección de objetivos podrían ser determinantes importantes de la motivación. Muchos individuos con trastornos por consumo de sustancias (TCS), especialmente aquellos cuyos problemas no son severos, muestran una ambivalencia sobre la necesidad de cambio. A este respecto, otra influencia fue el desarrollo de la entrevista motivacional, una aproximación terapéutica desarrollada por Miller et al., para minimizar la resistencia e incrementar la motivación de los clientes para cambiar (Miller, 1983; Miller y Rollnick, 1991, 2002). La aproximación de la entrevista motivacional era consistente con el modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente (1984), que conceptualizaba la motivación como un estado y un objetivo incrementando la motivación al cambio como un objetivo de la terapia. Por

estas razones, la entrevista motivacional ha comenzado a recomendarse como un estilo de *counseling* para desarrollar una alianza terapéutica con los clientes (Kazdin, 2007; Meier, Barrowclough y Donmall, 2005; Moyers, Miller y Hendrickson, 2005).

EL MODELO DE TRATAMIENTO DE ACD COMPARADO CON OTRAS INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES

La intervención de ACD refleja una sinergia de estrategias cognitivo-conductuales probadas que se desarrollan utilizando técnicas de entrevista motivacional (por ejemplo, dar un giro a la resistencia, el ejercicio de balance decisional o la regla de preparación). Aunque el modelo de tratamiento de ACD tiene varias características idiosincráticas, también comparte muchas características con otras intervenciones cognitivo-conductuales, incluyendo el empleo del análisis funcional (M. B. Sobell, Sobell y Sheahan, 1976), la auto-observación del consumo de alcohol y drogas (L. C. Sobell y Sobell, 1973), las habilidades de solución de problemas para desarrollar respuestas alternativas a la bebida o a las situaciones relacionadas con el consumo de drogas (D'Zurilla y Goldfried, 1971) y tareas para casa, incluyendo un ejercicio de balance decisional (Janis y Mann, 1977; Kazantzis, Deane y Ronan, 2000).

La tabla 1.1 ilustra las diferencias fundamentales entre el modelo de tratamiento de ACD y otras intervenciones cognitivo-conductuales para los TCS. Los factores idiosincráticos del modelo de tratamiento de ACD incluyen: 1) incorporar elementos cognitivos del modelo de prevención de recaídas (Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985; M. B. Sobell y Sobell, 1993a), 2) permitir a los clientes alcohólicos autoseleccionar sus objetivos de tratamiento (es decir, bebida controlada o abstinencia; M. B. Sobell y Sobell, 1995), 3) utilizar la Línea Base Retrospectiva (LBR) para ofrecer a los clientes *feedback* sobre su consumo de alcohol o drogas antes del tratamiento y los riesgos relacionados (Agrawal, Sobell y Sobell, 2008; L. C. Sobell y Sobell, 2003), 4) permitir a los clientes solicitar sesiones adicionales después de las cuatro sesiones semiestructuradas de ACD (M. B. Sobell y Sobell, 1993a) y 5) utilizar un estilo de entrevista motivacional a través de todo el de sarrollo de la intervención.

Antes de que describamos el modelo de tratamiento de ACD y su extensión a la terapia de grupo, es importante revisar brevemente los hallazgos de otros estudios que compararon los mismos tratamientos desarrollados en formato individual y de grupo con consumidores de sustancias. Como se verá, hay pocos estudios al respecto.

TABLA 1.1

Diferencias fundamentales entre el modelo de tratamiento de ACD respecto a otras intervenciones cognitivo-conductuales para los TCS

- Ofrece elección de objetivo, que incluye bebida de bajo riesgo y acepta alternativas de reducción del daño

para clientes que no deseen la abstinencia.

- Los clientes realizan un análisis funcional de su propio consumo (es decir, identifican situaciones precipitantes y consecuencias relacionadas con el consumo) y desarrollan sus propios planes de tratamiento.

- Enfatiza la aplicación de habilidades de solución de problemas.

- Incorpora elementos cognitivos del modelo de prevención de recaídas al tratamiento. En lugar de ofrecer entrenamiento en habilidades, se utiliza un enfoque de manejo de la recaída para generar un diálogo, la toma de una perspectiva realista del cambio y la necesidad de interpretar las caídas como experiencias de aprendizaje.

- Utiliza la Línea Base Retrospectiva para recoger datos sobre el consumo de sustancias antes del tratamiento y utilizarlos para ofrecer *feedback* personalizado sobre su nivel de consumo, riesgos y consecuencias.

- Incorpora flexibilidad en la programación, solicitando explícitamente al cliente información como el principal determinante de sesiones adicionales.

- Como intervención breve, incluye una llamada telefónica de seguimiento un mes después de la última sesión programada, que se dirige a ofrecer apoyo para el funcionamiento de los clientes y facilitar la reanudación del tratamiento si fuera necesario.

- Utiliza la entrevista motivacional como estilo de comunicación a través de toda la intervención, además de incorporar varias estrategias y técnicas de entrevista motivacional (por ejemplo, regla de preparación, *feedback* o balance decisional).

BREVE REVISIÓN DE ESTUDIOS COMPARANDO TRATAMIENTOS GRUPALES E INDIVIDUALES PARA LOS TCS

Con una historia larga y rica (Bernard y MacKenzie, 1994; Scheidlinger, 1994; Yalom y Leszcz, 2005), la terapia grupal es una forma de tratamiento popular en muchas disciplinas clínicas (por ejemplo, psicología, psiquiatría o trabajo social) y para un amplio espectro de problemas clínicos (por ejemplo, ansiedad y trastornos del estado de ánimo, trastorno de estrés postraumático u obesidad) (Barlow, Burlingame, Nebeker y Anderson, 2000; Guimon, 2004; Humphreys et al., 2004; Panas, Caspi, Fournier y McCarty, 2003; Satterfield, 1994; Scheidlinger, 1994; Weiss, Jaffee, deMenil y Cogley, 2004). En el ámbito de consumo de sustancias es la «modalidad de tratamiento más usual» (Weiss et al., 2004, p. 339). La popularidad de los grupos se relaciona en gran medida con dos factores: 1) el suministro de apoyo social a los clientes y 2) la posibilidad de poder tratar a distintos clientes al mismo tiempo con un menor coste que en la terapia individual.

El término *terapia de grupo* se ha utilizado para describir una amplia variedad de actividades terapéuticas (por ejemplo, educacionales, didácticas, interactivas, de proceso, de apoyo, de seguimiento o de codependencia), incluyendo los grupos de autoayuda. Aunque estos grupos de autoayuda, que suponen un formato grupal ampliamente utilizado en el ámbito del consumo de sustancias, se parecen e incorporan algunos

aspectos de la terapia de grupo, mantienen algunas diferencias fundamentales, siendo la más signifi cativa que las personas que dirigen el grupo no necesitan entrenamiento profesional (Scheidlinger, 1994; Yalom y Leszcz, 2005). Por tanto, los grupos de autoayuda no se incluyen en esta revisión.

La terapia de grupo tiene una larga tradición en el tratamiento de los TCS (*Center for Substance Abuse Treatment*, 2005; *Institute of Medicine*, 1990; Panas et al., 2003; Vannicelli, 1992; Weiss et al., 2004), especialmente con adolescentes (D'Amico et al., 2011; Kaminer, 2005). Dada su historia, podría esperarse encontrar considerable investigación que apoye la eficacia de la terapia de grupo en los TCS. Sin embargo, los ECA de tratamiento de grupo vs. individual son escasos y con controles poco adecuados (*Institute of Medicine,* 1990; Weiss et al., 2004).

En una de estas primeras revisiones de la literatura de la terapia de grupo con consumidores de alcohol, Brandsma y Pattison (1985) encontraron 30 estudios. Basados en su revisión, concluyeron que era imposible evaluar la eficacia de la terapia de grupo, ya que las investigaciones estaban llenas de problemas (por ejemplo, diseños inadecuados, especificación inadecuada de los procedimientos, falta de grupos control, medidas pobres o falta de réplicas), incluyendo que la mayor parte de los grupos de tratamiento se habían combinado con otros componentes (por ejemplo, terapia individual, seguimiento, reuniones de autoayuda). A pesar de estos problemas, los estudios informaron de tasas de abstinencia o mejora del 15 al 53 por 100, comparables a las conseguidas con tratamientos individuales.

Una revisión similar llevada a cabo dos décadas más tarde (Weiss et al., 2004) encontró pocas diferencias con respecto a la revisión de Brandsma y Pattison (1985). En esta revisión más actual se encontraron 24 ensayos comparativos de terapia de grupo en TCS. Los autores clasificaron estos estudios en seis categorías distintas: 1) terapia de grupo vs. no terapia de grupo (por ejemplo, Stephens, Roffman y Curtin, 2000); 2) terapia de grupo vs. terapia individual (por ejemplo, Marques y Formigoni, 2001); 3) terapia de grupo más terapia individual vs. terapia de grupo exclusivamente (por ejemplo, Linehan et al., 1999); 4) terapia de grupo más terapia individual vs. terapia individual exclusivamente (por ejemplo, McKay et al., 1997); 5) terapia de grupo vs. otra terapia de grupo con diferente contenido u orientación teórica (por ejemplo, Kadden, Cooney, Getter y Litt, 1989), y 6) más terapia de grupo vs. menos terapia de grupo (por ejemplo, Coviello et al., 2001). Las dos conclusiones fundamentales de esta revisión fueron que no existían diferencias significativas entre los tratamientos individuales y grupales y que ningún tipo de terapia de grupo en particular resultaba mejor que otro.

ECA del mismo tratamiento desarrollado en formato de grupo vs. individual para TCS

Como el ensayo clínico aleatorio (ECA) del modelo de tratamiento de ACD

implicaba una valoración del mismo tratamiento en formato individual vs. grupal (L. C. Sobell et al., 2009), la siguiente revisión incluye sólo ECA que comparen el mismo tratamiento desarrollado en formato grupal vs. individual. Por tanto, no se incluyen estudios comparando diferentes tipos de grupos (por ejemplo, Abrams y Wilson, 1979; Miller y Taylor, 1980; Oei y Jackson, 1980) o diferentes grupos y tratamientos individuales (por ejemplo, McKay et al., 1997; Stephens et al., 2000). Además, se excluyen estudios familiares y de pareja, porque no tienen componente de tratamiento individual.

De los 24 estudios de la revisión de Weiss et al. (2004), sólo 3 (12,5 por 100) señalaban la eficacia de la terapia de grupo comparada con la terapia individual para los TCS (Graham, Annis, Brett y Venesoen, 1996; Marques y Formigoni, 2001; Schmitz et al., 1997). Aunque no aparece en la revisión de Weiss et al., un cuarto estudio (Duckert, Johnsen y Amundsen, 1992) utilizando un ECA comparaba el mismo tratamiento en formato de grupo e individual para consumidores de alcohol. Para facilitar las comparaciones entre estos cuatro ECA, las características fundamentales de cada estudio se enumeran en la tabla 1.2. De esta forma, posteriormente sólo se discuten los detalles que no aparecen en la tabla.

TABLA 1.2

ECA del mismo tratamiento desarrollado en formato grupal vs. individual en TCS

	Autor (año)			
Características del estudio	**Duckert et al. (1992)**	**Graham et al. (1996)**	**Marques y Formigoni (2001)**	**Schmitz et al. (1997)**
País	Noruega	Canadá	Brasil	EE.UU.
Tamaño muestral	135,0	192,0	155,0	32,0
Porcentaje de varones	60,0	66,9	92,0	50,0
Tipo de sustancia de consumo problema	Alcohol	Alcohol y otras drogas	Alcohol y otras drogas	Cocaína
Tipo de tratamiento	Cognitivo-conductual	Prevención de recaídas en el seguimiento	Cognitivo-conductual	Prevención de recaídas cognitivo-conductual en el seguimiento
Número de sesiones programadas	12,0	12,0	17,0	12,0
Duración (min) de las sesiones de grupo	90,0	60-90	—	60,0

Período de seguimiento (meses)	21,0	12,0	15,0	6,0
Porcentajes encontrados para seguimiento	57,7	74,0	68,4	84,0
Autoinformes confirmados	Sí	No	Sí	Sí
Diferencias significativas en resultados pre- vs postratamiento	Sí	Sí	Sí	Sí
Grupal vs. individual	No	No	No	No

Nota: El guión indica que no se ofrecen datos

En el estudio de Graham et al. (1996) se asigna aletoriamente a consumidores de alcohol y drogas a 12 sesiones de prevención de recaídas tras el tratamiento en formato grupal o individual. En el seguimiento no había diferencias significativas entre las dos condiciones de tratamiento, ni en las medidas de resultado en el consumo de alcohol ni en las de consumo de drogas. Sin embargo, previamente a la asignación aleatoria todos los clientes habían participado en uno de los dos programas de tratamientos para el TCS (programa residencial de 26 días siguiendo el modelo de los 12 pasos o grupo ambulatorio ecléctico de un año). Al ser precedida de forma inmediata por otras intervenciones (principalmente grupales), esta comparación del tratamiento grupal e individual no permite una comparación verdadera de la eficacia de las dos modalidades de tratamiento de seguimiento.

En el estudio de Schmitz y colaboradores (1997) se asignó aleatoriamente (por cohortes) a clientes dependientes de la cocaína, que acababan de completar un programa de tratamiento residencial a la dependencia química, a un tratamiento manualizado de prevención de recaídas cognitivo-conductual de 12 sesiones, desarrollado en formato de grupo o individual. En el seguimiento no se observaron diferencias significativas entre las dos condiciones. Al igual que en el estudio de Graham et al. (1996), como todos los participantes habían recibido otro tratamiento para el consumo de sustancias antes del ECA, no es posible realizar un examen exacto de la eficacia de los dos tratamientos.

En el estudio de Marques y Formigoni (2001) se asignó aleatoriamente a consumidores de alcohol y drogas a un programa de tratamiento cognitivo-conductual de 17 sesiones desarrollado en formato grupal o individual. La primera sesión de tratamiento, que se llevó a cabo de forma individual en las dos condiciones, consistió en revisar los datos de la evaluación y presentar información educacional sobre el alcohol y las drogas. Se requería que los participantes estuvieran abstinentes durante los primeros 3 meses, después de los cuales los clientes con problemas de alcohol podían seleccionar un objetivo de bebida controlada. Aunque no se observaron diferencias significativas

entre las dos condiciones en el seguimiento, el 7 por 100 de los participantes abandonaron tras la primera sesión y sólo el 54 por 100 completaron 8 de las 17 sesiones. A pesar de que no hubo diferencias significativas en los abandonos entre las condiciones grupal e individual, los clientes dependientes de drogas asistían a menos sesiones de forma significativa que los clientes con problemas de alcohol.

En el estudio de Duckert et al. (1992) se reclutó a los consumidores de alcohol a través de anuncios en el periódico, se emparejaron y se asignaron aletoriamente a 12 sesiones de tratamiento cognitivo-conductual desarrolladas en formato grupal o individual. Los grupos eran de un único género, y se permitía que todos los participantes pudieran elegir un objetivo de abstinencia o bebida controlada. Además de en el formato, las dos condiciones se diferenciaban en el número de horas utilizadas en las sesiones (individual: 7 horas; grupal: 25 horas). No se observaron diferencias significativas en el seguimiento entre las condiciones grupal e individual en las variables de resultado, incluyendo el consumo de alcohol. Cuando se les preguntó en el seguimiento, un mayor número de participantes en la condición grupal respecto a la condición individual manifestó que querían mas contacto con los terapeutas. Esto puede reflejar la sensación de que los participantes en la condición grupal habían recibido proporcionalmente menos atención de los terapeutas que si hubieran sido asignados a la terapia individual.

En resumen, son escasos los ECA que comparan el mismo tratamiento desarrollado en formato grupal vs. individual para clientes con TCS. De los cuatro estudios publicados, dos (Graham et al., 1996; Schmitz et al., 1997) no eran comparaciones puras, ya que los clientes habían recibido otro tratamiento inmediatamente antes de ser asignados aleatoriamente. El resultado más sorprendente y consistente en los cuatro estudios, sin embargo, era que, aunque los clientes mostraban mejoras en el consumo de sustancias, no había diferencias entre los formatos de tratamiento grupal e individual. Por último, ninguno de los cuatro estudios informó de valoraciones de coste-efectividad del tratamiento grupal vs. individual.

Problemas de investigación al realizar ECA de terapia grupal vs. individual

Varias cuestiones pueden dificultar la realización de estudios de investigación para comparar la terapia grupal e individual. Un problema que puede amenazar seriamente la validez de tales comparaciones de tratamiento es el índice de abandono diferencial (Piper, 1993; Piper y Joyce, 1996). A este respecto, los estudios han mostrado que hay un mayor número de pacientes que abandonan cuando son asignados a una terapia grupal que a una individual (Budman et al., 1988; Hofmann y Suvak, 2006). El estudio de Budman et al. (1988), un ECA de terapia de grupo vs. individual con clientes psiquiátricos, ilustra la importancia de introducir estrategias para minimizar los abandonos. La mayor parte de los 29 pacientes abandonaron después de que se les informara de que habían sido asignados a la condición grupal más que a la terapia

individual (89,7 por 100, *n* = 26; 10,3 por 100, *n* = 3, respectivamente). Por tanto, aunque se dieron mejoras significativas en ambas condiciones, fue imposible extraer conclusiones firmes sobre la eficacia relativa de la terapia grupal vs. individual, debido al abandono diferencial. Otro problema se refiere a reclutar un número de participantes suficientes para poderlos asignar aleatoriamente a un tratamiento grupal e individual, especialmente en grupos cerrados (es decir, aquellos que no permiten añadir nuevos miembros después de la primera sesión). Otros factores complicados son las características del grupo (por ejemplo, sexo de los miembros) y las duraciones distintas de las sesiones en la terapia grupal e individual. Finalmente, un problema fundamental que debe tenerse en cuenta en cualquier evaluación comparativa de un tratamiento grupal vs. individual es si el estudio es una comparación pura, donde no existe ningún otro componente de tratamiento que se lleve a cabo al mismo tiempo o de forma anterior (por ejemplo, tratamientos previos al seguimiento, grupos de autoayuda, farmacoterapia) y que pudiera ofrecer explicaciones alternativas de los resultados.

De lo dicho hasta ahora se pueden extraer varias conclusiones sobre el papel y la utilidad de la terapia de grupo: 1) los procesos grupales juegan un papel importante en la eficacia de los grupos; 2) por su estructura inherente, los grupos ofrecen ventajas importantes que no se dan en una terapia individual; 3) los grupos que incorporan los procesos grupales tienen resultados de mejora comparables a la terapia individual, y 4) los grupos pueden tratar múltiples pacientes al mismo tiempo, reduciendo la carga financiera del pagador. Dado el uso generalizado de la terapia de grupo en la práctica clínica con TCS, llama la atención la escasez de investigaciones (particularmente de ECA) que evalúen el *mismo tipo de tratamiento* (por ejemplo, orientación teórica, procedimiento, número de sesiones), pero desarrollado en grupo o de forma individual. Teniendo en cuenta estas advertencias, volvemos a considerar el ACD y cómo se adaptó al formato grupal.

MARCO GENERAL DEL MODELO DE TRATAMIENTO DE ACD

El marco general del modelo de tratamiento de ACD consta de una evaluación y cuatro sesiones semiestructuradas, con sesiones adicionales disponibles si son necesarias. En los capítulos 4 y 5 se describen detalladamente los componentes fundamentales de la evaluación y de las 4 sesiones de tratamiento referente a consumidores de drogas, para su aplicación en formato individual o grupal. Estos capítulos incluyen las fichas del terapeuta para cada sesión de terapia individual (4.1-4.4) y grupal (5.1-5.4). Cada hoja contiene pautas detalladas de la sesión, objetivos, procedimientos y ejercicios para casa. Además, cada ficha del terapeuta contiene pautas de cómo llevar a cabo varias discusiones en cadena, que es la forma de llevar a cabo la intervención clínica en formato grupal. Las discusiones en cadena se diseñaron para que el apoyo, el *feedback* y los consejos vinieran principalmente de los miembros del grupo

más que de los terapeutas.

EXTENDIENDO EL MODELO DE TRATAMIENTO DE ACD A FORMATO GRUPAL

El principal apoyo empírico del enfoque de terapia grupal cognitivo-conductual, la entrevista motivacional, que es el tema de este libro, deriva de un ECA que comparaba una intervención de ACD desarrollada en formato de grupo vs. individual (L.C. Sobell et al., 2009). Durante dos décadas, comenzando a mediados de 1970, nuestra investigación clínica se centró en desarrollar y validar terapias individuales para TCS. Sin embargo, a comienzos de los noventa el ámbito del consumo de sustancias, así como la agencia que se ocupaba de él, la *Addiction Research Foundation*, en Toronto, Canadá, tenían listas de espera de clientes que solicitaban terapia individual. En ese momento, tanto en Estados Unidos como en Canadá existía una gran preocupación por contener los gastos sanitarios y por el coste-efectividad de los tratamientos (Rosenberg y Zimet, 1995; Spitz, 2001; Steenberger y Budman, 1996). Por tanto, decidimos extender y validar el modelo de tratamiento de ACD a un formato de grupo. El estudio grupal vs. individual, también conocido como *GRIN* (*GR*upal vs. *IN*dividual), era un ECA que evaluaba el modelo de tratamiento de ACD desarrollado en formato grupal vs. individual con 264 consumidores de alcohol y drogas que buscaban tratamiento voluntariamente. Fue también el primer estudio en evaluar el modelo de tratamiento de ACD con consumidores de droga con problemas no severos (por ejemplo, no participaban consumidores por vía intravenosa). Aunque la discusión de los procedimientos y detalles del grupo de tratamiento ocupa gran parte de este libro, es útil discutir primero cómo se desarrolló el estudio *GRIN* y presentar los resultados del ECA del ACD utilizado en terapia grupal e individual.

Todos los terapeutas que participaron en el estudio GRIN fueron entrenados para llevar el tratamiento de ACD, mediante una intervención motivacional cognitivo-conductual de tiempo limitado (M. B. Sobell y Sobell, 1993a, 2005) con clientes individuales; la mayor parte de dichos terapeutas tenían alguna, aunque limitada, experiencia en dirigir grupos. Sin embargo, muy pronto, durante un estudio piloto que precedía al estudio formal, quedó patente que la integración de procedimientos cognitivo-conductuales (por ejemplo, tareas para casa, auto-observación, análisis funcional de conductas, prevención de recaídas) y de las técnicas de entrevista motivacional, elementos vitales del modelo de tratamiento individual de ACD, requerirían una cuidadosa reflexión y atención para incorporarse con éxito en el formato grupal. La principal preocupación era tener en cuenta las necesidades y problemas de múltiples clientes, obteniendo el máximo rendimiento en los procesos de grupo sin perder efectividad terapéutica. Para considerar esta preo cupación, interrumpimos el estudio piloto y pasamos varios meses revisando la literatura de la psicoterapia de grupo para determinar cómo integrar mejor la intervención de ACD en un formato grupal.

Nuestro objetivo era mantener los elementos curativos de la intervención de ACD desarrollada individualmente, considerando al mismo tiempo las limitaciones y oportunidades intrínsecas de la terapia de grupo.

Después de interrumpir el estudio piloto inicial y ofrecer al personal entrenamiento en habilidades de grupo y cómo integrarlas con sus ha bilidades cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional, se llevó a cabo un segundo estudio piloto, seguido por el estudio GRIN. Creemos que el éxito del estudio GRIN, y especialmente el alto nivel de cohesión de grupo conseguido, demuestra que fuimos capaces de integrar los principios y técnicas cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional con los procesos grupales.

¿HASTA QUÉ PUNTO FUNCIONA BIEN EL ACD?

Como ya se analizó con anterioridad (M. B. Sobell y Sobell, 2005), el modelo de tratamiento de ACD se ha evaluado en múltiples modalidades (por ejemplo, programas de tratamiento ambulatorio de problemas de alcohol, en centros de atención primaria), con distintas poblaciones (adultos, adolescentes, consumidores de alcohol y drogas, jugadores) y con hablantes de lengua inglesa e hispana. La tabla 1.3 muestra un resumen de los principales resultados de los estudios que evalúan el modelo de tratamiento de ACD para clientes con problemas de alcohol que llevaban un año o más de seguimiento. Esta tabla enumera las variables de resultado evaluadas en cada estudio y muestra el porcentaje de cambio en estas variables desde el inicio del tratamiento hasta que éste concluye. Con respecto a la proporción de días de abstinencia, un cambio positivo indica mejora, mientras que para la media de bebidas por día de bebida (o media de bebidas por semana), un cambio negativo indica mejora. La cantidad de cambio mostrada en estos estudios es similar a la de otros estudios de intervenciones breves (Babor et al., 2006) y de intervenciones en atención pri maria (Fleming, Barry, Manwell, Johnson y London, 1997).

Hay otros dos estudios publicados, sobre adolescentes, que utilizaban el modelo de tratamiento de ACD, pero como no llegaban al criterio de un año de seguimiento no se enumeran en la tabla 1.3. En un estudio de Breslin, Li, Sdao-Jarvie, Tupker y Ittig-Deland (2002), en el seguimiento a los 6 meses, 50 adolescentes consumidores de drogas tratados con una adaptación del ACD redujeron el consumo de sustancias al 44 por 100. El segundo estudio, también una adaptación del ACD, se llevó a cabo con 213 adolescentes afro americanos e hispanos. Los resultados de seguimiento preliminares a las 11 semanas indicaron que el consumo autoinformado de marihuana y alcohol había disminuido alrededor del 55 por 100 y 47 por 100, respectivamente (Gil, Wagner y Tubman, 2004). Los resultados de estos dos estudios son consis tentes con los de la tabla 1.3 que tienen un año de seguimiento, pero mostraron mayores tasas de cambio, posiblemente por los intervalos de seguimiento más cortos. Aunque hay pocos estudios

que utilicen la entrevista motivacional en grupos de adolescentes, D'Amico et al. han ofrecido argumentos convincentes (D'Amico et al., 2011) y de apoyo (D'Amico, Osilla y Hunter, en prensa) de la adecuación de la entrevista motivacional para jóvenes en situación de riesgo, y particularmente para aquéllos procedentes de minorías marginales o culturales (por ejemplo, ofrecer un enfoque de colaboración, tener en cuenta la ambivalencia sobre el cambio, evitar las etiquetas o permitir que los jóvenes hablen de la necesidad de cambiar, más que decirles lo que tienen que hacer).

Como este libro está concebido como una guía clinica, no se discutirán más los estudios de la tabla 1.3. Sin embargo, la evidencia muestra que el modelo de tratamiento de ACD se ha asociado de forma consistente con ganancias sustanciales y signifi cativas en el transcurso del tratamiento, y que estos cambios se mantienen después del tratamiento.

¿Hasta qué punto funciona el ACD en grupos?

Se resumen aquí brevemente los resultados del estudio GRIN, ya que han sido descritos detalladamente en otro manual (L. C. Sobell et al., 2009). Los participantes habían solicitado voluntariamente tratamiento por un problema de alcohol o drogas en la *Addiction Research Foundation* de Toronto, Ontario, Canadá. Cuando se llevó a cabo el estudio, la *Addiction Research Foundation* era el mayor servicio ambulatorio en la provincia de Ontario. El estudio GRIN se diseñó para consumidores problemáticos de alcohol y drogas que solicitaban tratamiento de forma voluntaria (se excluía a los consumidores de droga que consumían por vía intravenosa o que consumían heroína). Los detalles fundamentales del procedimiento del estudio GRIN (es decir, diálogos de las sesiones, formularios, ejercicios, discusiones en cadena) se describen en otros capítulos de este libro. El capítulo 3 trata de las medidas de evaluación y los materiales utilizados en las sesiones individuales y grupales de ACD, y los capítulos 4 y 5 presentan el modelo de tratamiento de ACD, en cuanto a su aplicación, para llevar a cabo la terapia individual y grupal, respectivamente. También se incluyen en estos capítulos las fichas del terapeuta y del cliente, ejemplos clínicos y ejemplos de los diálogos entre terapeuta y cliente. Los detalles sobre los análisis estadísticos del GRIN se dan en otro lugar (L. C. Sobell et al., 2009). A continuación se ofrece un resumen de los resultados más importantes y algunas percepciones que van más allá de las comunicadas en los artículos de revistas.

El resultado más importante del estudio GRIN fue que los participantes de las condiciones de tratamiento individual y grupal mostraron mejoras considerables y significativas durante el tratamiento y en el seguimiento. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los dos formatos de tratamiento. Esto significa que, aunque los clientes en ambas condiciones de tratamiento redujeron significativamente su consumo de alcohol y drogas, no importaba si estaban en una terapia individual o grupal.

TABLA 1.3

Resumen de los resultados de los estudios que evalúan el modelo de tratamiento de ACD para clientes con problemas de alcohol

Estudio y grupo	Variable	Pretratamiento	Postratamiento	Cambio
Andréasson, Hansagi y Oesterlund (2002)				
4SACD (*n* = 30)	Media bebidas/DB	5,2	4,5	–13 %
1SACD (*n* = 29)	Media bebidas/DB	6,3	4,7	–25 %
Ayala et al. (1998)				
INDIV (*n* = 177)	Porcentaje de días de abstinencia	0,73	0,82	+9 %
INDIV (*n* = 177)	Media bebidas/DB	9,2	6,5	–29 %
Breslin et al. (1998)				
TC (*n* = 33)	Porcentaje de días de abstinencia	0,28	0,45	+17 %
NTC (*n* = 36)	Porcentaje de días de abstinencia	0,24	0,37	+13 %
M. B. Sobell, Sobell y Gavin (1995)				
CC (*n* = 36)	Porcentaje de días de abstinencia	0,32	0,61	+29 %
PR (*n* = 33)	Porcentaje de días de abstinencia	0,33	0,50	+17 %
CC (*n* = 36)	Media bebidas/DB	6,7	4,2	–37 %
PR (*n* = 33)	Media bebidas/DB	5,1	3,6	–29 %
M. B. Sobell, Sobell y Leo (2000)				
ASD (*n* = 19)	Porcentaje de días de abstinencia	0,23	0,47	+24 %
ASN (*n* = 24)	Porcentaje de días de abstinen	0,21	0,44	+23 %
ASD (*n* = 19)	Media bebidas/DB	6,3	4,3	–21 %
ASN (*n* = 24)	Media bebidas/DB	5,8	4,6	–20 %
L. C. Sobell et al. (2009)				
INDIV (*n* = 107)	Porcentaje de días de abstinencia	0,30	0,58	+28 %
GRP (*n* = 105)	Porcentaje de días de abstinencia	0,30	0,53	+23 %
INDIV (*n* = 107)	Media bebidas/DB	6,4	4,1	–36 %

GRP (*n* = 105)	Media bebidas/DB	6,7	4,6	–31 %
L. C. Sobell et al. (2002)				
MM/FP (*n* = 321)	Porcentaje de días de abstinencia	0,21	0,35	+14 %
B/PB (*n* = 336)	Porcentaje de días de abstinencia	0,23	0,34	+11 %
MM/FP (*n* = 321)	Media bebidas/DB	5,9	4,7	+20 %
B/PB (*n* = 336)	Media bebidas/DB	5,9	4,7	+20 %

Nota: Todos los estudios tenían un mínimo de un año de seguimiento. Designaciones de los estudios y del grupos: 4SACD, 4 sesiones de ACD; 1SACD, 1 sesión de ACD. INDIV, tratamiento individual; TC, tratamiento complementario; NTC, sin tratamiento complementario; CC, *counseling* conductual; PR, *counseling* conductual más tratamiento de prevención de recaídas cognitivo; ASD, apoyo directo social; ASN, apoyo social natural; GRP, tratamiento de grupo; MM/FP, mejora motivacional/feedback personalizado; B/PB, biblioterapia/pautas de bebida. Porcentaje de días de abtinencia, proporción de días de abstinencia; Media bebidas/DB, media del número de bebidas consumidas por día de bebida. Se define el cambio como el porcentaje de cambio desde el pretratamiento al postratamiento.

Tomado de M. B. Sobell y L. C. Sobell (2005, p. 205). Copyright 2005 de Springer Publishing Company. Reproducido con permiso.

Validez de los autoinformes y de los chequeos de la integridad del tratamiento

Como parte del estudio, cada participante proporcionaba el nombre de otra persona con la que se pudiera contactar para corroborar la información dada por el participante sobre el consumo de alcohol y drogas tras el tratamiento. Los resultados mostraron que los informantes colaterales confirmaron los autoinformes de los participantes del consumo de alcohol y drogas (L. C. Sobell et al., 2009). Un chequeo de la integridad del tratamiento en cuanto al cumplimiento de los terapeutas con el protocolo del estudio mostró un cumplimiento uniformemente alto tanto en la condición individual como en la grupal (L. C. Sobell et al., 2009).

Resultados de los clientes con problemas de alcohol

La figura 1.1 muestra que para los clientes que tenían un problema primario de consumo de alcohol, el porcentaje de días abstinentes era similar en las condiciones de tratamiento individual y grupal en los tres momentos temporales. Además, en ambas condiciones el porcentaje de días abstinentes mostraba un gran incremento durante el tratamiento, que se mantenía durante el período de seguimiento de 12 meses. La figura 1.2 muestra resultados similares para la media de número de bebidas consumidas por día de bebida. De nuevo, los datos en ambas condiciones de tratamiento eran muy parecidos. Como algunos estudios en la literatura sobre problemas con el alcohol han señalado que

las mujeres han mostrado mejores resultados que los hombres en intervenciones cognitivo-conductuales breves (Sanchez-Craig, Leigh, Spivak y Lei, 1989; Sanchez-Craig, Spivak y Davila, 1991), exploramos si había diferencias entre ambos sexos. Sin embargo, en este estudio no se encontraron diferencias relacionadas con el género ni que relacionaran el género con las condiciones de tratamiento.

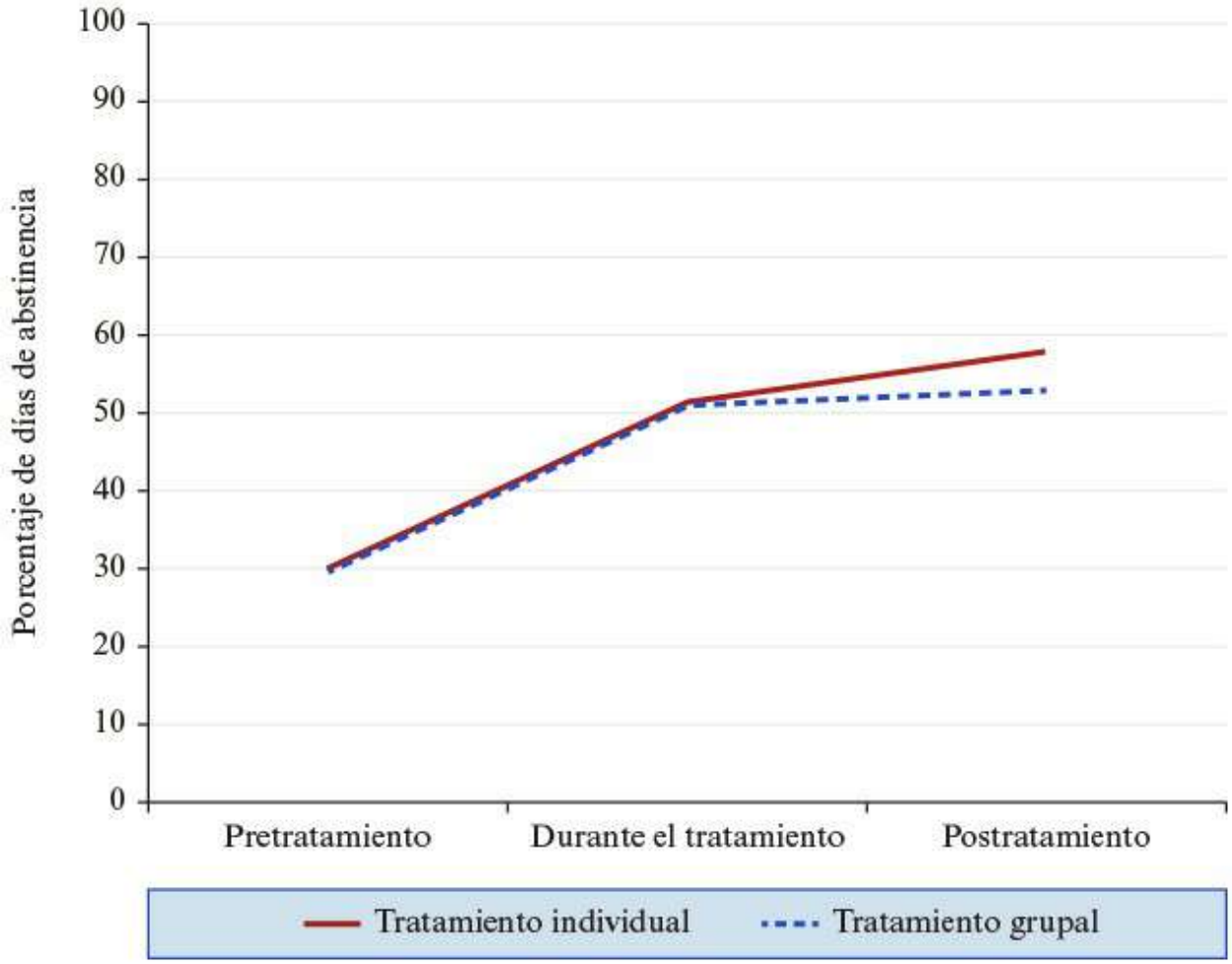


Figura 1.1.— Porcentaje de días de abstinencia en el pretratamiento, durante el tratratamiento y en el postratamiento en bebedores problema asignados a las condiciones de tratamiento individual y grupal.

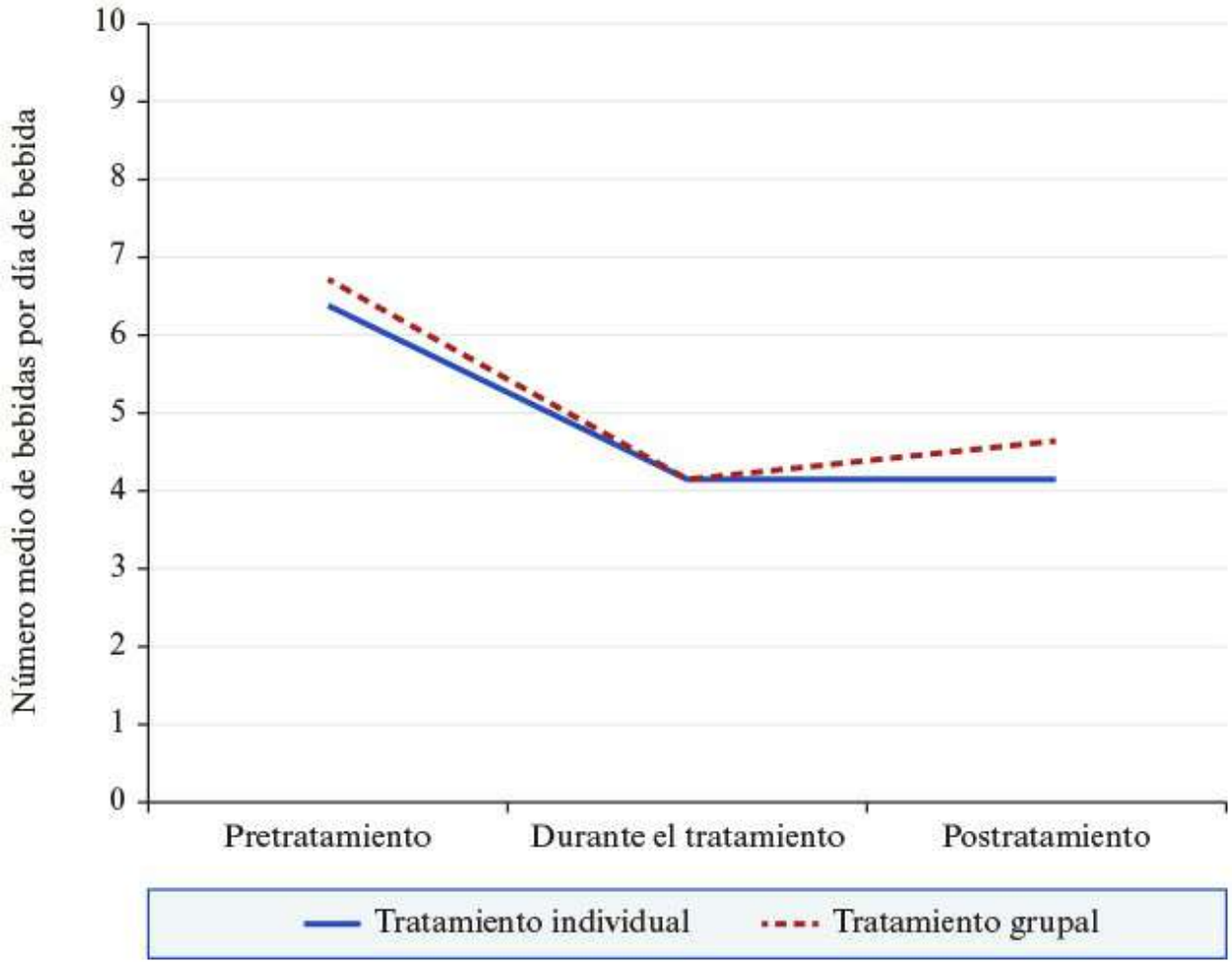


Figura 1.2.—Promedio de unidades de bebida por día de bebida en el pretratamiento, durante el tratamiento y en el postratamiento para bebedores problema asignados a las condiciones de tratamiento individual y grupal.

Se observó un patrón interesante de mejora en los clientes con problemas de alcohol. Como en otros estudios con bebedores problema, aproximadamente las tres cuartas partes de los clientes elegían objetivos de reducción más que de abstinencia de la bebida (Sanchez-Craig, Annis, Bornet y Mac-Donald, 1984; M. B. Sobell, Sobell y Gavin, 1995). Sin embargo, en términos de resultados en la bebida, como muestra la figura 1.3., el principal cambio durante el tratamiento y en el seguimiento era que reducían considerablemente el porcentaje de días de bebida problema (es decir, cinco o más unidades de bebida), y al mismo tiempo aumentaba el porcentaje de días abstinentes. Por el contrario, la frecuencia de días de bebida controlada (es decir, de una a cuatro unidades de bebida) permaneció prácticamente constante desde el pre- al postratamiento. Este fenómeno, según el cual los clientes elegían un objetivo de bebida controlada de bajo riesgo, pero sin embargo se incrementaba el nú mero de días abstinentes, es consistente con el de otro estudio (Sanchez-Craig, 1980) en el que se encontró que los pacientes asignados a un objetivo de bebida de bajo riesgo eran significativamente más

capaces de mantener la abstinencia durante las primeras tres semanas de tratamiento (presuntamente se les pedía que lo hicieran así para facilitar la evaluación) que aquellos a los que se les asig naba aleatoriamente a un objetivo de abstinencia. Estos resultados sugieren que la forma en que los clientes ven su capacidad para controlar la bebida puede ser una variable importante que afecta a sus decisiones sobre la bebida.

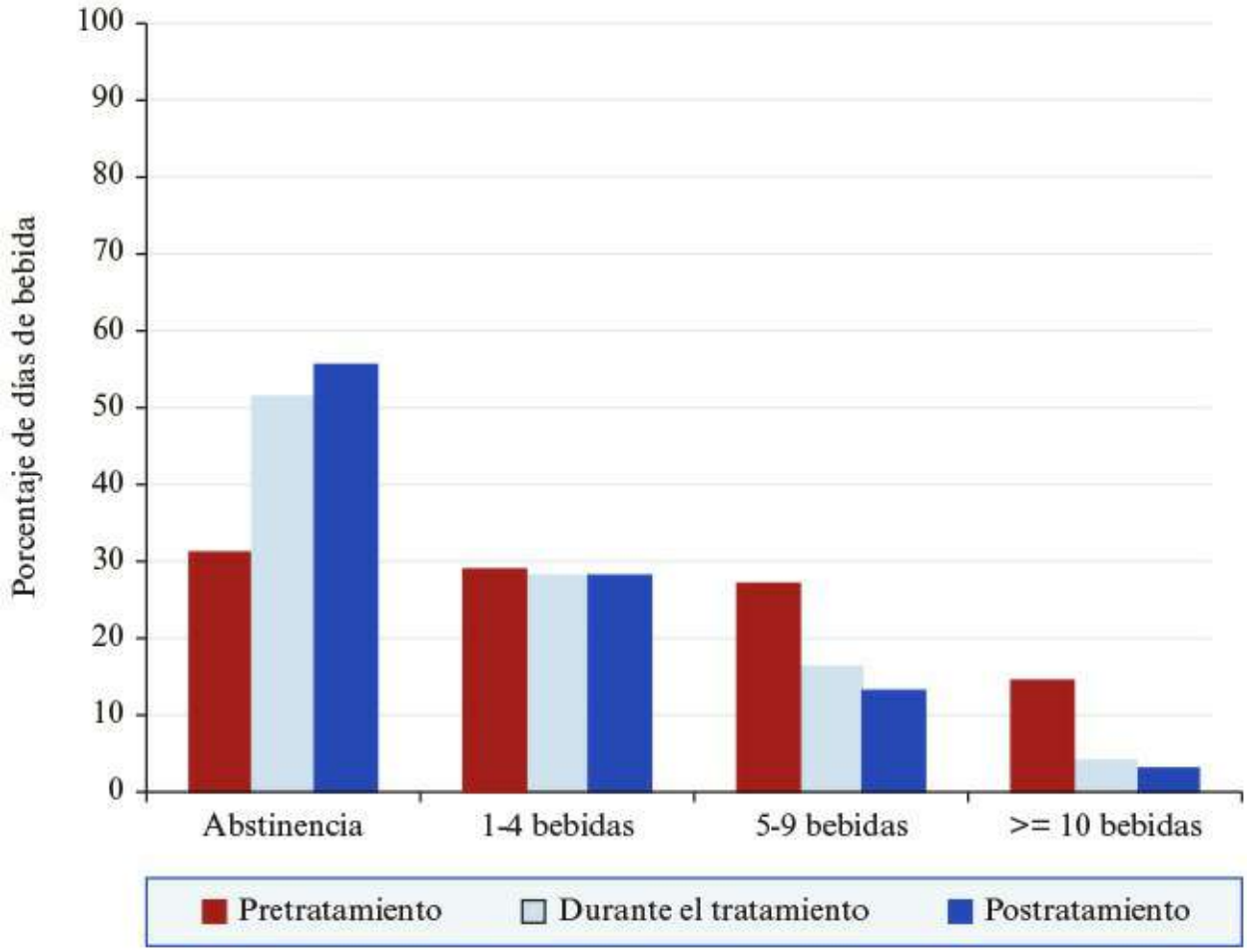


Figura 1.3.—Porcentaje de días de bebida a diferentes niveles durante el pretratamiento, durante el tratamiento y en el postratamiento para bebedores problema. Las condiciones de tratamiento individual y grupal se combinaron, porque no diferían de forma significativa.

Resultados con clientes consumidores de cocaína y cannabis

Además de demostrar que la intervención de ACD desarrollada en grupo era tan efectiva como la misma intervención desarrollada de forma individual, el estudio GRIN extendió también el modelo de tratamiento de ACD a individuos con otros problemas de drogas distintos al alcohol, la mayor parte cocaína y cannabis. La figura 1.4 muestra el cambio en el porcentaje de días de abstinencia de consumo de drogas en el pretratamiento, durante el tratamiento y en el seguimiento. Como no hubo diferencias

significativas en ningún momento entre las condiciones individual y grupal, los datos de ambas condiciones se combinaron en la figura 1.4. Como puede observarse, los clientes con un problema primario de cocaína mejoraban notablemente durante el tratamiento y continuaban mejorando en el seguimiento. Los clientes que tenían un problema primario de consumo de cannabis, aunque obtenían ganancias sustanciales durante el tratamiento, tenían algún retroceso durante el seguimiento durante un año. Al final del seguimiento, sin embargo, todavía consumían menos que antes del tratamiento.

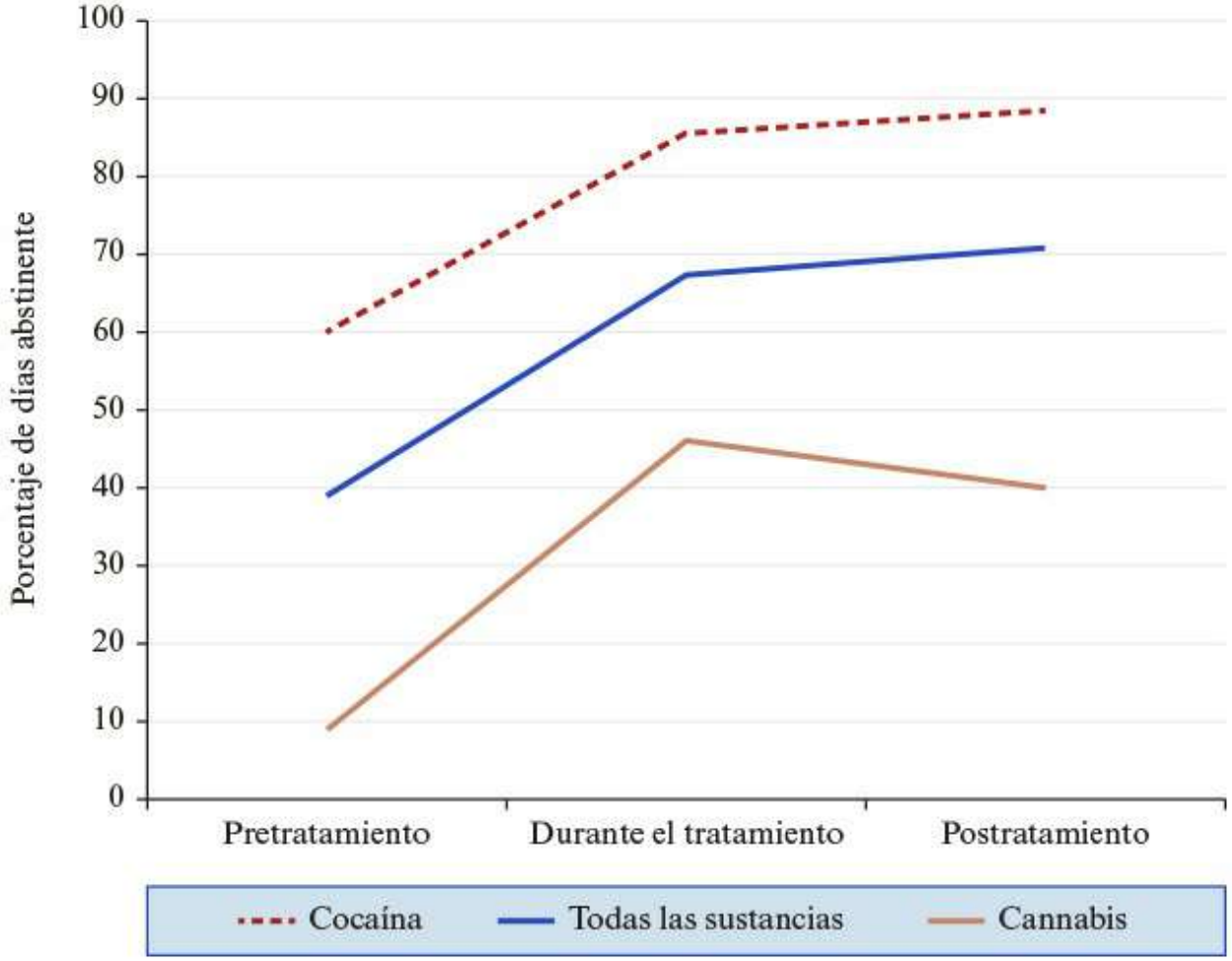


Figura 1.4.—Porcentaje de días abstinentes de drogas durante el pretratamiento, durante el tratamiento y en el postratamiento de todos los consumidores de drogas, y de forma independiente para los consumidores de cocaína y cannabis.

Análisis del tiempo de dedicación del terapeuta en el tratamiento de ACD grupal vs. individual

Cuando se comparan tratamientos que requieren distinta cantidad de recursos, la pregunta clave no es si un tratamiento es tan efectivo como el otro, sino si el tratamiento más caro y demandante (desde la perspectiva del paciente) produce resultados suficientemente superiores para garantizar los costes añadidos o la inversión personal. Al

evaluar el tratamiento de ACD en formato grupal vs. individual, calculamos la *ratio* del tiempo del terapeuta comparando el tiempo empleado en el grupo y el tratamiento individual. Esta evaluación mostró que había un ahorro de 41,4 por 100 del tiempo del terapeuta cuando se llevaba a cabo la terapia en grupo (L. C. Sobell et al., 2009).

Valoraciones de los clientes de la intervención de ACD al final del tratamiento

Casi todos los participantes (209 de 213: 106 de tratamiento individual y 103 de tratamiento grupal) que completaron la cuarta y última sesión de tratamiento estructurada también completaron una evaluación del tratamiento, valorando varios aspectos de su tratamiento en una escala de 5 puntos (en la que las puntuaciones más bajas reflejan valoraciones más favorables). La tabla 1.4 muestra las valoraciones de los clientes al final del tratamiento en las condiciones grupal e individual y para clientes con problemas primarios de alcohol o drogas. Algunas diferencias, como se indica en la tabla 1.4, son estadísticamente significativas.

En general, tanto los clientes de las condiciones individual como de la grupal valoraron el tratamiento muy positivamente, con puntuaciones medias cercanas al punto más favorable de la escala (1,42 y 1,56, respectivamente). Otros aspectos de la intervención también fueron muy bien va lorados: calidad del servicio, el componente de autocambio, los terapeutas, los registros de autoobservación y la atmósfera del programa. De hecho, con excepción de la duración del tratamiento y la dificultad de las tareas para casa, todas las puntuaciones medias eran positivas. Con respecto a la duración del tratamiento, los clientes de la condición grupal tendían a valorar más el tratamiento como «demasiado corto» (media = 3,55) que los clientes de la condición individual (media = 3,17), aunque las puntuaciones medias de esta variable sugerían que a los clientes de las dos condiciones les hubiera gustado que el tratamiento fuera más largo. Como el estudio era un ECA, la duración del tratamiento era constante. Sin embargo, en la práctica el modelo de tratamiento de ACD es flexible y permite sesiones adicionales. Los clientes de la condición grupal también valoraban que las lecturas y los ejercicios para casa eran más útiles que los clientes de la condición individual. Una razón de que haya ocurrido esto puede ser que en la condición grupal las tareas para casa eran la base de las discusiones en cadena, y, como tales, se les prestaba más atención y tiempo porque muchos clientes hablaban sobre ellas. Finalmente, pero no por ello menos importante, los clientes estaban muy satisfechos de haber sido asignados a la condición grupal (media = 1,55, siendo 1 = muy satisfecho). Con respecto a las diferencias estadísticamente significativas de la tabla 1.4, eran pequeñas en magnitud absoluta, no existiendo una dirección consistente en dichas diferencias.

TABLA 1.4

Valoraciones de los clientes al final del tratamiento según la condición (individual o

grupal) y según la sustancia problema primaria (alcohol o drogas)

Variable	Condición de tratamiento	
	Individual (*n* = 107) Media (DT)	**Grupal (*n* = 106) Media (DT)**
Satisfacción con el tratamiento (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)	1,42 (0,74)[a]	1,56 (0,76)[b]
Calidad del servicio (1 = excelente, 5 = pobre)*	1,23 (0,46)[a]	1,43 (0,59)[c]
Duración del programa (1 = demasiado largo, 5 = demasiado corto)*	3,17 (0,64)[a]	3,55 (0,73)[d]
Satisfacción con el componente de autocambio (1 = mucho, 5 = nada en absoluto)	1,91 (0,93)[a]	1,84 (0,97)[b]
Satisfacción con el terapeuta (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)*	1,16 (0,44)[a]	1,42 (0,69)[b]
Utilidad de las lecturas (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)*	2,25 (0,99)[e]	1,86 (0,93)[b]
Utilidad de las tareas para casa (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)*	2,03 (0,96)[e]	1,68 (0,89)[d]
Dificultad de las tareas para casa (1 = demasiado fáciles, 5 = demasiado difíciles)	2,78 (0,62)[f]	2,86 (0,73)[d]
Utilidad de la autoobservación (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)	1,66 (0,83)[e]	1,65 (0,93)[b]
Utilidad del ejercicio de balance decisional (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)*	2,23 (0,98)[e]	1,93 (0,89)[b]
Satisfacción con la atmósfera del programa (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)	1,50 (0,75)[e]	1,69 (0,89)[b]
Utilidad del programa (1 = mucha, 5 = no mucha)	1,43 (0,66)[e]	1,52 (0,73)[d]
Recomendación del programa a un amigo (1 = definitivamente sí, 5 = definitivamente no)	1,23 (0,50)[a]	1,27 (0,61)[g]
Satisfacción con estar en grupo (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)		1,55 (0,76)[h]

Variable	Sustancia problema primaria	
	Alcohol (*n* = 180) Media (DT)	**Drogas (*n* = 33) Media (DT)**
Satisfacción con el tratamiento (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)	1,49 (0,76)[h]	1,53 (0,76)[i]

Calidad del servicio (1 = excelente, 5 = pobre)	1,34 (0,54)[j]	1,26 (0,51)[k]
Duración del programa (1 = demasiado larga, 5 = demasiado corta)	3,34 (0,67)[j]	3,44 (0,91)[d]
Satisfacción con el componente de autocambio (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)	1,89 (0,98)[j]	1,81 (0,78)[i]
Satisfacción con el terapeuta (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)	1,30 (0,60)[h]	1,22 (0,55)[i]
Utilidad de las lecturas (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)	2,01 (0,99)[l]	2,34 (0,90)[i]
Utilidad de las tareas para casa (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)	1,80 (0,94)[l]	2,16 (0,92)[i]
Dificultad de las tareas para casa (1 = demasiado fáciles, 5 = demasiado difíciles)	2,84 (0,68)[l]	2,71 (0,82)[k]
Utilidad de la autoobservación (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)*	1,58 (0,84)[j]	2,06 (0,98)[i]
Utilidad del balance decisional (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)	2,09 (0,96)[j]	2,03 (0,90)[i]
Satisfacción con la atmósfera del programa (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)	1,58 (0,81)[l]	1,66 (0,83)j
Utilidad del programa (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)	1,46 (0,68)[l]	1,53 (0,76)[i]
Recomendación a un amigo (1 = definitivamente sí, 5 = definitivamente no)	1,25 (0,55)[h]	1,25 (0,62)[i]
Satisfacción con estar en el grupo (1 = mucha, 5 = nada en absoluto)	1,57 (0,76)[m]	1,47 (0,77)*n*

Nota: Valoraciones hechas en escalas de 5 puntos (1-5) con los puntos extremos mostrados para cada variable. [a]*n*, 106; [b]*n*, 103; [c]*n*, 101; [d]*n*, 102; [e]*n*, 105; [f]*n*, 104; [g]*n*, 100; [h]*n*, 177; [i]*n*, 32; [j]*n*, 176; [k]*n*, 31; [l]*n*, 175; [m]*n*, 81; [n]*n*, 19; * $p < 0,05$, pruebas de *t* de dos colas para muestras independientes.

Valoraciones de los clientes de la intervención de ACD a los 12 meses de seguimiento

Al final de los 12 meses de seguimiento, los clientes evaluaron de nuevo el tratamiento. La tabla 1.5 muestra las valoraciones de los clientes del tratamiento en el seguimiento a 12 meses, tanto para la condición grupal como individual y tanto para los clientes con un problema primario de alcohol como de drogas, Un total de 230 clientes completaron los cuestionarios de seguimiento. De forma parecida a las evaluaciones al final del tratamiento, las valoraciones globales de los clientes sobre su tratamiento en el seguimiento fueron positivas, pues más del 90 por 100 sugerían que el programa de ACD debería continuar y alrededor del 80 por 100 indicaban que el consumo de

sustancias ya no era un problema o era menos problemático que cuando comenzaron el tratamiento. Es interesante, y consistente con las valoraciones al final de tratamiento, que el 42,1 por 100 pensaran que el tratamiento de ACD no era lo suficientemente largo. A este respecto, existe evidencia sustancial de que muchos consumidores de alcohol y drogas con problemas menos severos muestran gran mejoría con tratamientos breves (por ejemplo, *Marijuana Treatment Project Research Group,* 2004; Moyer, Finney, Swearingen y Vergun, 2002; Stephens et al., 2000; Stern, Meredith, Gholson, Gore y D'Amico, 2007). Por ejemplo, en un ECA multicéntrico que comparaba dos tratamientos de 12 sesiones desarrollados durante 12 semanas (Facilitación de 12 pasos y Habilidades de afrontamiento cognitivo-conductuales) con un tratamiento de 4 sesiones (tratamiento de mejora motivacional), no se observaron diferencias importantes en los resultados entre ambos tipos de tratamientos (*Project MATCH Research Group,* 1998). Este hallazgo es consistente con otros estudios que muestran que una proporción considerable de individuos con diferentes trastornos psiquiátricos consiguen resultados exitosos después de algunas sesiones de tratamiento (Wilson, 1999). Así, aunque a los clientes del presente estudio les hubiera gustado tener más sesiones de tratamiento, permanece como una cuestión empírica si una mayor duración del tratamiento hubiera tenido resultados mejores. Finalmente, al final del seguimiento el 82,5 por 100 de los clientes de la condición individual y el 81,0 por 100 de los de la grupal pensaban que los objetivos de tratamiento deberían ser elegidos por ellos mismos. Además, el 87,7 por 100 de los clientes de la condición individual y el 87,1 por 100 de los de la grupal dijeron que era bueno elegir sus propios objetivos.

Valoraciones de los clientes del tratamiento en grupo en el seguimiento

Como se indicó anteriormente, la literatura muestra que cuando se hace una elección la mayor parte de los clientes dicen que prefieren tratamiento individual más que terapia de grupo. Por ello, se decidió que al final de los 12 meses de seguimiento, y una vez que se hubieran recogido todos los resultados, se volvería a pedir a los clientes que evaluaran su experiencia de tratamiento, incluyendo esta vez qué condición de tratamiento habrían elegido si se les hubiera dado la oportunidad al comienzo del estudio. Aunque era una valoración retrospectiva, un número de clientes significativamente mayor de la condición grupal (38,2 por 100) que de la individual (5,8 por 100) manifestaron a los 12 meses de seguimiento que, si se les hubiera dado la oportunidad, habrían elegido el tratamiento en grupo. Esto sugiere que existía un sesgo contra la terapia de grupo, que decreció con la experiencia de los clientes en los grupos. Al final del seguimiento, el 59,2 por 100 de los clientes de la condición grupal y el 75,6 por 100 de todos los clientes todavía decían que si se les hubiera dado la oportunidad hubieran elegido el tratamiento individual. De forma consistente con la literatura, estos resultados sugieren que, si se va a ofrecer terapia de grupo, se deben incluir procedimientos de inducción para explicar

los beneficios de la terapia de grupo y atender a las preguntas que los miembros potenciales puedan tener sobre la terapia de grupo y su efectividad. Finalmente, el 75,4 por 100 de los clientes de la condición individual y el 65,5 por 100 de los de la condición grupal dijeron que preferirían tener la oportunidad de elegir entre tratamiento individual y grupal, más que ser asignados a una condición de tratamiento.

Valoración de los terapeutas al final del tratamiento

Otro aspecto singular de este estudio es que al finalizar la cuarta sesión de tratamiento los terapeutas completaron un formulario valorando la participación de los clientes y su progreso en el tratamiento. La tabla 1.6 muestra las valoraciones de los terapeutas sobre los clientes para las condiciones grupal e individual, y para los clientes con problemas primarios de alcohol y drogas. No se encontraron diferencias significativas entre las dos condiciones de tratamiento. Sólo 1 de las 13 diferencias entre los clientes con problemas de alcohol y drogas fue estadísticamente significativa. Los terapeutas indicaban que los clientes con problemas de alcohol eran más puntuales en las sesiones que los clientes con problemas de drogas. Lo que es más llamativo de estas valoraciones es que, independientemente de la condición de tratamiento (grupal vs. individual) o de la sustancia de abuso primaria problemática (alcohol o drogas), las valoraciones de los terapeutas eran altas de forma uniforme, reflejando así su impresión de que los clientes respondían al tratamiento, participaban activamente y completaban las tareas para casa.

TABLA 1.5

Valoraciones de los clientes sobre el tratamiento en el seguimiento a 12 meses según la condición (individual o grupal) y según la sustancia primaria problemática (alcohol o drogas)

	Condición de tratamiento	
Pregunta	**Individual (TI) (*n* = 114)**	**Grupal (GT) (*n* = 116)**
Cantidad de tratamiento:		
% Demasiado poco.	36,3[a]	47,8[b]
% Suficiente.	62,8	51,3
% Demasiado.	0,9	0,9
Situación de bebida:		
% Ya no es un problema.	30,7	31,0

% Es menos problemática.	50,0	52,6
% No ha cambiado.	16,7	14,7
% Es más problemática.	2,6	1,7
Elección del propio objetivo:		
% Bueno.	87,7	87,1
% Malo.	4,4	5,2
% Sin opinión.	7,9	7,8
¿Quién debería elegir el objetivo?:		
% El cliente.	82,5	81,0
% El terapeuta.	10,5	12,1
% Sin opinión.	7,0	6,9
El programa debería continuar:		
% Sí.	90,4	93,9[b]
% No.	2,6	0,9
% Sin opinión.	7,0	5,2
Si hubiera sido asignado a TG, hubiera participado:		
% Sí.	61,4	
% No.	33,3	
% No lo sabe.	5,3	
Si hubiera sido asignado a TI, hubiera participado:		
% Sí.		92,2
% No.		6,0
% No lo sabe.		1,7
Si se le hubiera dado la oportunidad, habría elegido**:		
% TI.	91,9[c]	59,2[d]
% TG.	5,8	38,2

% Sin opinión.	2,3	2,6
	Sustancia primaria problemática	
Pregunta	**Alcohol (*n* = 189)**	**Drogas (*n* = 41)**
Cantidad de tratamiento:		
% Demasiado poco.	40,1[e]	51,2
% Suficiente.	58,8	48,8
% Demasiado.	1,1	0,0
Situación de bebida:		
% Ya no es un problema.	31,2	29,3
% Es menos problemática.	52,4	46,3
% No ha cambiado.	14,8	19,5
% Es más problemática.	1,6	4,9
Elección del propio objetivo:		
% Bueno.	88,9	80,5
% Malo.	3,7	9,8
% Sin opinión.	7,4	9,8
¿Quién debería elegir el objetivo?:		
% El cliente.	86,2	61,0
% El terapeuta.	9,0	22,0
% Sin opinión.	4,8	17,1
El programa debería continuar:		
% Sí.	92,1	92,5[f]
% No.	1,6	2,5
% Sin opinión.	6,3	5,0
Si hubiera sido asignado a TG, hubiera participado:		
% Sí.	60,4[g]	66,7[h]

% No.	33,3	33,3
% No lo sabe.	6,3	0,0
Si hubiera sido asignado a TI, hubiera participado:		
% Sí.	91,4[i]	95,7[j]
% No.	7,5	0,0
% No lo sabe.	1,1	4,3

	Sustancia primaria problemática	
Pregunta	**Alcohol (*n* = 189)**	**Drogas (*n* = 41)**
Si se le hubiera dado la oportunidad de elegir, hubiera elegido:		
% TI.	74,4[k]	86,2[l]
% TG.	22,6	13,8
% Sin opinión.	3,0	0,0

Nota: En el seguimiento (12 meses), se les preguntó a los participantes de la TG, *«¿Si hubiera sido asignado a tratamiento individual en lugar de grupal, hubiera continuado participando en el estudio?»* y a los clientes de la TI, *«¿Si hubiera sido asignado al tratamiento grupal en lugar de individual, hubiera continuado participando en el estudio?»;* [a]*n*, 113; [b]*n*, 115; [c]*n*, 86; [d]*n*, 76; [e]*n*, 187; [f]*n*, 40; [g]*n*, 96; [h]*n*, 18; [i]*n*, 93; [j]*n*, 23; [k]*n*, 133; [l]*n*, 29.

* p < 0,01; ** p < 0,001.

DIFUSIÓN DEL MODELO DE TRATAMIENTO DE ACD: DEL LABORATORIO A LA PRÁCTICA

Desarrollamos el modelo de tratamiento de ACD cuando estábamos en la *Addiction Research Foundation* en Toronto, Canadá. Como agencia financiada por el gobierno en un país con un sistema de salud financiado de forma universal, la difusión de los tratamientos efectivos y eficientes era una prioridad. La historia de cómo el tratamiento de ACD se difundió de forma efectiva por toda la provincia de Ontario, que es la provincia más grande de Canadá, se ha descrito detalladamente en otro manual (Martin, Herie, Turner y Cunningham, 1998; L. C. Sobell, 1996), pero se resume aquí para ilustrar los desafíos de pasar del laboratorio a la práctica. Al comienzo de este esfuerzo de difusión nos encontramos con el hecho de que aunque la *Addiction Research Foundation* era una agencia conocida y respetada internacionalmente como centro de investigación de adicciones, no se utilizaba de forma amplia el tratamiento basado en la

evidencia en la comunidad. Estaba claro que los métodos habituales de di fusión (por ejemplo, talleres de trabajo o publi caciones) no habían sido muy efectivos y que, si queríamos propagar con éxito el modelo de tratamiento de ACD, tendríamos que pensar en hacerlo fuera. En este caso, «la comunidad» era la forma tradicional de intentar difundir la ciencia clínica, y «fuera de la comunidad» quería decir aprender de la experiencia de otros (esto es, organizaciones empresariales para las cuales la difusión con éxito es una cuestión de supervivencia).

En las empresas, el establecimiento de nuevos productos requiere una inversión sustancial y a largo plazo en recursos (una vez que se lanza el producto la compañía debe prepararse para responder a la demanda si se dispara). Un fallo en la obtención de compradores de un producto puede tener consecuencias económicas terribles. Esto se ha descrito con detalle en *Diffusion of Innovations* de Rogers (1995), que está considerado el padre de la investigación de la difusión. El libro de Rogers fue el punto de partida en el desarrollo de nuestros esfuerzos para conseguir que los proveedores de tratamiento de la comunidad adoptaran el abordaje de ACD.

Como se describe en otro manual (L. C. Sobell, 1996), trabajamos en equipo con otros profesionales de la comunidad para difundir el modelo de tratamiento de ACD. Uno de los factores clave fue tener un producto flexible y adaptable que pudiera utilizarse para formar a los profesionales de la provincia de Ontario. Anteriormente a este proyecto, nuestros esfuerzos de difusión habían consistido en ofrecer a los profesionales un taller de un día y el reparto de materiales de tratamiento. En cambio, en esta ocasión emprendimos un esfuerzo planificado cuidadosamente que se desarrolló poco a poco, ganándose el interés de los proveedores de la comunidad, que trajo consigo una responsabilidad por nuestra parte de ofrecer una continuada formación y asesoramiento.

TABLA 1.6

Valoraciones de los terapeutas sobre los clientes según la condición (individual o grupal) y según la sustancia primaria problemática (alcohol o drogas)

	Condición de tratamiento	
Variable	**Individual (*n* = 109) Media (DT)**	**Grupal (*n* = 106) Media (DT)**
Respuesta al tratamiento	4,48 (0,73)[a]	4,38 (0,79)
Realización completa de tareas para casa	4,61 (0,82)	4,67 (0,70)
Participación activa	4,70 (0,59)	4,52 (0,62)
Puntualidad en las sesiones	4,60 (0,81)	4,70 (0,57)

Satisfacción aparente con las sesiones	4,53 (0,62)	4,50 (0,62)
Comprensión de las tareas para casa	4,54 (0,73)	4,72 (0,60)
Preparación aparente para el cambio	4,27 (0,93)	4,31 (0,94)
Lectura de las hojas	4,73 (0,63)	4,83 (0,47)
Resistencia al programa de tratamiento	1,40 (0,81)	1,39 (0,76)
Falta de respuesta al *feedback*	1,50 (0,89)	1,40 (0,71)
Trabajo sobre los objetivos elegidos	4,63 (0,63)	4,58 (0,80)
Buena relación con el terapeuta	4,60 (0,60)	4,50 (0,56)

Variable	**Sustancia primaria problemática**	
	Alcohol (*n* = 182) Media (DT)	**Drogas (*n* = 33) Media (DT)**
Respuesta al tratamiento	4,43 (0,75)[b]	4,45 (0,79)
Realización completa de tareas para casa	4,65 (0,73)	4,55 (0,91)

Variable	**Sustancia primaria problemática**	
	Alcohol (*n* = 182) Media (DT)	**Drogas (*n* = 33) Media (DT)**
Participación activa	4,60 (0,62)	4,67 (0,54)
Llevarse bien con los otros del grupo	4,65 (0,53)[c]	4,75 (0,55)[d]
Puntualidad en las sesiones	*4,72 (0,55)	4,24 (1,17)
Satisfacción aparente con las sesiones	4,51 (0,62)	4,58 (0,61)
Comprensión de las áreas para casa	4,62 (0,69)	4,67 (0,60)
Preparación aparente para el cambio	4,29 (0,92)	4,27 (1,04)
Lectura de las hojas	4,80 (0,52)	4,67 (0,74)
Resistencia al programa de tratamiento	1,40 (0,79)	1,39 (0,75)
Falta de respuesta al *feedback*	1,48 (0,83)	1,27 (0,67)
Trabajo en los objetivos elegidos	4,62 (0,69)	4,55 (0,91)
Buena relación con el terapeuta	4,53 (0,59)	4,67 (0,48)

Nota: Las valoraciones están hechas sobre una escala de 5 puntos (1 = nunca, 5 = siempre). [a]*n*, 108; [b]*n*, 181; [c]*n*, 85, sólo en grupo; [d]*n*, 20, sólo en grupo.

* $p < 0,01$.

Los sistemas de destino para el tratamiento se seleccionaron cuidadosamente a través de análisis de mercado y fórums con la comunidad, siendo el primer sistema de destino los centros de referencia (Martin et al., 1998). Se llevaron a cabo diez talleres para formar a los profesionales de los centros sobre cómo llevar a cabo los tratamientos de ACD en formato de grupo e individual. De los 42 centros de referencia que hay en la provincia de Ontario, 39 participaron en la formación, lo que implicaba a más de 200 profesionales de los centros.

Un elemento importante para crear una respuesta favorable al tratamiento de ACD en los proveedores de los servicios de la comunidad fue animarles a adaptar los procedimientos para satisfacer sus necesidades. Es decir, se les estimuló a que integraran los aspectos del enfoque de tratamiento de ACD que pensaban que eran efectivos con sus prácticas actuales, más que sustituir un abordaje por otro. Se estableció un número de teléfono gratuito desde nuestro programa de ACD en Toronto para ofrecer asesoramiento a los centros. También se produjo un vídeo de formación que incluía una demostración de la intervención de ACD (L. C. Sobell y Sobell, 1995). Todos estos esfuerzos dieron lugar a la adopción a gran escala del modelo de tratamiento de ACD en toda la provincia de Ontario (Martin et al., 1998; L. C. Sobell, 1996).

Nuestra experiencia en la difusión del modelo de tratamiento de ACD ha tenido una influencia duradera en nuestro trabajo, influyendo en la manera en la que hemos procedido a preparar este libro. Aunque no podemos emprender la tarea de escribir un libro con los mismos recursos, tiempo o implicación personal que empleamos en la difusión en la comunidad, esperamos que los contenidos de este libro demuestren una sensibilidad hacia los clínicos y los clientes y hacia el contexto en el que es probable que tenga éxito la terapia de grupo cognitivo-conductual utilizando entrevista motivacional.

RESUMEN

Para situarnos en relación con el resto del libro, este capítulo ha revisado el desarrollo del modelo de tratamiento de ACD y la investigación que ha influido en su desarrollo, ha comparado el modelo de tratamiento de ACD con otras terapias cognitivo-conductuales para los trastornos por consumo de sustancias, ha revisado los pocos ECA publicados de tratamiento grupal vs. individual para los trastornos por consumo de sustancias, y ha presentado los resultados del ECA que extendió con éxito el modelo de tratamiento individual de ACD a un formato de terapia grupal.

El resto del libro presenta los detalles del tratamiento de ACD y cómo integrarlo e implementarlo en una situación de grupo. También aborda multitud de cuestiones y desafíos que encaran los terapeutas que llevan grupos (por ejemplo, fracaso a la hora de utilizar de forma sistemática los procesos de grupo, o fracaso en la integración de las técnicas cognitivo-conductuales con los procesos grupales). El capítulo 2, «Una visión general de la entrevista motivacional», describe y presenta ejemplos de estrategias de entrevista motivacional,

así como las técnicas y su utilidad. Las estrategias y técnicas revisadas en dicho capítulo 2 han sido una parte fundamental del modelo de tratamiento de ACD durante muchos años, incluyendo el estudio que comparaba el tratamiento de ACD en formato de grupo vs. individual.

El capítulo 3 contiene una exposición detallada de cómo realizar la evaluación de ACD, que es la misma tanto si el tratamiento se desarrolla en formato individual como grupal. Este capítulo también describe la utilidad de las medidas e instrumentos de evaluación que se utilizan en las sesiones de ACD. Los diálogos del terapeuta se presentan como ejemplos de temas que pueden sondearse, más que como guiones del clínico. Los capítulos 4 y 5 describen la aplicación detallada del modelo de tratamiento de ACD para llevar a cabo la terapia individual y grupal, respectivamente. Las descripciones de cada una de las cuatro sesiones individuales y grupales incluyen: 1) fichas del terapeuta y del cliente; 2) ejemplos clínicos, y 3) ejemplos de los diálogos entre el terapeuta y el cliente. Además, ambos capítulos presentan guías de sesión para los terapeutas (esto es, objetivos, procedimientos, materiales y hojas que se necesitan) respecto a cada una de las cuatro sesiones individuales (fichas del terapeuta 4.1-4.4) y grupales (fichas del terapeuta de grupo 5.1-5.4). Las guías de sesión para los terapeutas de grupo incluyen también ejemplos de discusiones en cadena para cada sesión grupal. Por último, el capítulo 5 contiene una presentación detallada de cómo integrar la entrevista motivacional con las estrategias y técnicas cognitivo-conductuales en la terapia de grupo utilizando discusiones en cadena.

El capítulo 6 presenta la importancia de la preparación y planificación del grupo, y de la construcción de la cohesión grupal. Este capítulo también presenta ejemplos específicos de cómo llevar con éxito la terapia de grupo motivacional cognitivo-conductual utilizando procesos de grupo. En este capítulo utilizamos dos frases que pensamos que son la clave para comprender cómo manejar con éxito los grupos. La primera frase, *Pensar en el Grupo*, se dirige a ayudar a que los terapeutas recuerden que los grupos tienen muchos miembros y que el grupo mismo debería ser el agente de cambio. La segunda frase, *La Música viene del grupo*, se utiliza para indicar que los terapeutas de grupo pueden verse como directores de orquesta y que para conseguir una alta cohesión grupal, que está relacionada con buenos resultados de tratamiento, la mayoría de las interacciones de dentro del grupo necesitan venir de los miembros (esto es, la música viene del grupo).

Los capítulos 7 y 8 tratan dos aspectos centrales acerca de cómo manejar los grupos. El capítulo 7 aborda una multitud de cuestiones de estructura (por ejemplo, la composición, la asistencia, el papel de los coterapeutas, no mirar a los ojos) que son fundamentales para los terapeutas cuando llevan a cabo terapia de grupo. También incluye una breve discusión de las principales ventajas e inconvenientes de realizar terapia grupal, en comparación con la terapia individual. El capítulo 8 aborda cómo tratar con clientes desafiantes y situaciones difíciles en los grupos. A lo largo de todo el capítulo se ofrecen ejemplos concretos para tratar con estas situaciones.

El capítulo 9, el último, presenta una discusión del lugar que probablemente ocupará la psicoterapia de grupo en el sistema de salud del futuro. Este capítulo sugiere que, como el interés y la popularidad de la terapia de grupo continúa creciendo, el principal reto será asegurar que los profesionales estén formados de forma adecuada para ofrecer terapia de grupo.

Finalmente, como la inclusión de materiales clínicos que podrían ser libremente fotocopiados y utilizados por los clínicos fue recibido con éxito en nuestro libro de 1993, *Problem Drinkers: Guided Self-Change Treatment* (M. B. Sobel y Sobell, 1993), hemos incluido de nuevo diversos materiales que los profesionales pueden reproducir, utilizar y, en el caso que sea apropiado, dar a los clientes. Estos materiales incluyen guías de sesiones individuales y grupales,materiales de evaluación clínica, cuestionarios, hojas para el terapeuta y el cliente, ejercicios para casa y materiales de *feedback* motivacional utilizados durante las sesiones individuales y grupales. Con la excepción de las guías de sesiones grupales, todos los materiales clínicos y de evaluación pueden utilizarse tanto cuando se aplica el modelo de tratamiento de ACD en forma de terapia individual como grupal.

2

Visión general de las estrategias y técnicas de entrevista motivacional

> Se ha mostrado un interés considerable en la entrevista motivacional (EM) desde que Miller (1983) la presentó inicialmente como una forma alternativa y potencialmente más efectiva de trabajar con los bebedores problema, en concreto con aquellos individuos considerados como resistentes o que niegan el problema.
>
> BRITT, BLAMPIED y HUDSON (2003, p. 193)

> Desde sus modestos inicios hace dos décadas, la EM ha sido ampliamente adoptada y adaptada para su uso con un rango diverso de clientes.
>
> ALLSOP (2007, p. 343)

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Este capítulo ofrece una panorámica general de la entrevista motivacional y su marco teórico. A mediados de la década de 1980, la insatisfacción con los enfoques de tratamiento del alcoholismo basados en la confrontación, junto a la conceptualización de la motivación como un estado (Prochaska y DiClemente, 1982), llevaron a William Miller en los Estados Unidos y a Steve Rollnick en el Reino Unido (Miller, 1985; Miller y Rollnick, 1991) a desarrollar la entrevista motivacional. En su trascendental libro *Motivational Interviewing*, Miller y Rollnick (1991) indicaban que «no hay una evidencia persuasiva de que las tácticas por confrontamiento directo agresivo sean útiles, superiores o preferibles en el tratamiento de la conducta adictiva o de otros problemas» (p. 7). Consideraban que los enfoques agresivos, tales como insistir en que los clientes se etiqueten a sí mismos como «alcohólicos» o «adictos», provocaban iatro génicamente resistencia y podían ser contraproducentes. Por ejemplo, las personas que no tienen una dependencia severa (por ejemplo, bebedores problema, consumidores de marihuana, adolescentes) pueden responder al etiquetaje con contraargumentos de por qué la etiqueta no es aplicable a ellos (Perloff, 2008). Por el contrario, la entrevista motivacional no utiliza etiquetas y evita de forma deliberada el enfrentamiento directo u otros acercamientos que puedan ser percibidos por el cliente como críticos o coercitivos.

Se ha caracterizado a la entrevista motivacional como una forma de interactuar con el cliente centrada en éste, directiva, que no juzga ni se enfrenta con él de forma directa,

sino que le facilita hablar sobre la necesidad de cambiar (*Center for Substance Abuse Treatment,* 1999; Miller y Rollnick, 2002; Rollnick, Miller y Butler, 2008). Las estrategias y técnicas de entrevista motivacional revisadas en este capítulo son las que han formado parte integral del modelo de tratamiento de ACD durante muchos años y las que se utilizaron en el estudio descrito a lo largo de este libro. Para las guías clínicas, y para una presentación detallada de cómo utilizar la entrevista motivacional en formato de grupo, se remite al lector al capítulo 6.

Los estudios que comparan la entrevista motivacional con los enfoques de tratamiento basados en la confrontación tradicionales para los TCS han mostrado que la entrevista motivacional provoca menos resistencia, mayor cumplimiento, menores tasas de abandono, mejor asistencia durante el tratamiento y mejores resultados globales del tratamiento (Harper y Hardy, 2000; Martino, Carroll, O'Malley y Rounsaville, 2000; Swanson, Pantalon y Cohen, 1999). Veinticinco años después de su desarrollo, la entrevista motivacional ha sido evaluada en diversos ámbitos (por ejemplo, salud, salud mental o promoción de la salud) y con una amplia variedad de problemas de salud y de salud mental. Estos estudios, como en los de TCS, también han informado de mayor cumplimiento, menor resistencia, menores tasas de abandono y mejores resultados de tratamiento (Britt et al., 2003; Burke, Arkowitz y Menchola, 2003; Dunn, Deroo y Rivara, 2001; Knight, McGowan, Dickens y Bundy, 2006; Miller, 1985, 2005; Miller y Rollnick, 2002; Resnicow et al., 2002; Rollnick y Allison, 2001; Rollnick et al., 2008; Santa Ana, Wolfert y Nietert, 2007).

Las siguientes cifras muestran más evidencia de la amplia adopción de la entrevista motivacional: 1) la primera edición del libro de Miller y Rollnick, *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior* (Miller y Rollnick, 1991), vendió más de 55.000 ejemplares; 2) la segunda edición (Miller y Rollnick, 2002), de acuerdo a la editorial (Guilford Press), vendió más de 180.000 ejemplares y fue votado por los lectores de *Psychotherapy Networker* como uno de los 10 libros más influyentes, y 3) la Red de Formadores de Entrevista Motivacional (*www.motivationalinterviewing.org/*) dice recibir más de 41.000 visitas por mes en su página web.

¿QUÉ ES LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL?

La entrevista motivacional, una combinación de principios y técnicas procedentes de distintos modelos de tratamiento y de los principios del cambio conductual (por ejemplo, estadios de cambio, terapia centrada en el cliente de Rogers o teoría del aprendizaje cognitivo-social), es un estilo de *counseling* centrado en el cliente, dirigido a una meta. Está diseñada para suscitar una motivación intrínseca al cambio, explorando y resolviendo la ambivalencia que el cliente manifiesta sobre el cambio de las conductas problemáticas o de riesgo. Más que ser normativa (esto es, decir a los clientes lo que

tienen que hacer), un enfoque de entrevista motivacional utiliza las reflexiones y otras estrategias para que los clientes verbalicen la necesidad de cambiar. La entrevista motivacional también ayuda a que los clientes resuelvan la ambivalencia identificando discrepancias entre sus conductas actuales (por ejemplo, continuar realizando conductas problema/de riesgo) y los objetivos que desea (por ejemplo, querer cambiar una conducta problema/de riesgo) minimizando la resistencia. Aunque la entrevista motivacional es especialmente útil en las primeras fases del tratamiento, cuando la resistencia es alta puede utilizarse a lo largo de todas las fases del tratamiento, porque propicia una relación terapéutica positiva.

Ambivalencia: un suceso normal

Parte de un enfoque de entrevista motivacional es el reconocimiento de los terapeutas de que la ambivalencia es algo normal que ocurre todos los días y hace difícil el cambio. La ambivalencia no es un rechazo a hacer algo, sino más bien un conflicto sobre la elección de dos cursos de acción (por ejemplo, continuar fumando vs. dejarlo; continuar casado vs. divorciarse; pincharse todos los días en el dedo para evaluar los niveles de azúcar en sangre vs. no hacerlo de forma regular), cada uno de los cuales tiene costes y beneficios. De muchas maneras, la ambivalencia es una batalla entre emociones opuestas. Eso es consistente con el origen latino de la palabra *ambivalencia,* donde *ambi-* significa ambos y *valencia* deriva de *valentía,* que significa *fuerza.*

Empatía: un elemento clave en la entrevista motivacional

La empatía es uno de los elementos más importantes de un enfoque de entrevista motivacional . Un estilo empático: 1) transmite respeto y aceptación hacia los clientes y sus sentimientos; 2) fomenta una relación de colaboración entre el cliente y el terapeuta, quien no juzga; 3) establece un ambiente abierto y seguro para el cliente, que conduce a examinar las cuestiones y suscitar razones para el cambio; 4) felicita más que menosprecia, y 5) permite a los clientes hacer elecciones, más que tener terapeutas o profesionales que les dicen lo que tienen que hacer.

La clave para expresar empatía es utilizar la escucha reflexiva, en la cual el terapeuta escucha cuidadosamente y devuelve al cliente lo que piensa que ha dicho. Al utilizar la escucha reflexiva, el terapeuta valida si ha entendido los sentimientos y preocupaciones del cliente (por ejemplo, *«Parece que estás ambivalente sobre el cambio»*). Niveles altos de empatía están asociados con resultados de tratamiento positivos en clientes con TCS (Connors, Carroll, DiClemente, Longabaugh y Donovan, 1997; Miller y Brown, 1997), así como en aquéllos con problemas psiquiátricos (Horvath y Luborsky, 1993).

La entrevista motivacional: ¿una intervención o un estilo de *counseling* interactivo?

En la literatura, la entrevista motivacional se ha definido y presentado tanto como una intervención como un estilo de *counseling* interactivo (por ejemplo, Resnicow et al., 2002). En parte, la confusión arranca del Proyecto MATCH (Heather, 1999; *Project MATCH*, 1993; *Project MATCH Research Group,* 1997), un estudio multicéntrico de tratamiento para problemas de alcohol. En el Proyecto MATCH se diseñó un tratamiento utilizando la entrevista motivacional como terapia de mejora motivacional. Los primeros en comentar esto fueron Saunders y Wilkinson (1990), que hace varios años dijeron: «La entrevista motivacional no es un tratamiento en sí misma, sino un componente del proceso de *counseling*» (p. 139). Los comentarios de otros, incluyendo a Miller y Rollnick, apoyan el punto de vista de que la entrevista motivacional es un estilo interactivo de *counseling* más que una intervención: 1) «Más bien es un estilo *interpersonal*, que no se restringe a las situaciones formales de *counseling*. Es un equilibrio sutil de componentes directivos y centrados en el cliente, formados por una filosofía dirigida a la comprensión de los precipitantes del cambio» (Rollnick y Miller, 1995, p. 325); 2) «la entrevista motivacional se ha ido adoptando de forma amplia como un *estilo de counseling* para facilitar el cambio de conducta» (Markland, Ryan, Tobin y Rollnick, 2005, p. 118), y 3) la entrevista motivacional es un *estilo de counseling* que ha demostrado reducir el consumo excesivo de alcohol en estudiantes universitarios» (Walters, Vader, Harris, Field y Jouriles, 2009, p. 64).

Foco y estilo de la entrevista motivacional

En la entrevista motivacional el foco de atención está en las preocupaciones y creencias del cliente sobre el cambio de sus conductas problema/de riesgo. Se explora la ambivalencia del cliente de forma que se incremente su motivación a cambiar sin que se desencadene resistencia. La entrevista motivacional no intenta convencer o forzar a los clientes a cambiar. Más bien, se trata de que los clientes expresen la necesidad de cambiar. Utilizar las técnicas y estrategias de entrevista motivacional, como se muestra en el siguiente ejemplo, permite que los terapeutas guíen a los clientes a través del proceso de cambio, siendo los clientes los que hacen la mayor parte del trabajo.

EJEMPLO DE DAR VOZ AL CLIENTE PARA CAMBIAR

Terapeuta: *«Mencionaste que la bebida comenzó a causarte más problemas el año pasado, especialmente con tu familia. ¿Qué ocurrirá si continúas bebiendo el próximo año?»*

Cliente: *«Si no dejo de beber creo que sólo es una cuestión de tiempo el que mi mujer y mis hijos me dejen.»*

El estilo del enfoque de entrevista motivacional es empático, no critico ni agresivo, y de apoyo, de tal forma que el cliente se siente cómodo abordando las ventajas e inconvenientes de su conducta problemática/de riesgo. Los terapeutas que utilizan un

estilo de entrevista motivacional evitan: 1) moralizar (por ejemplo, *«Deberías...»*); 2) parecer críticos (por ejemplo, *«Estás equivocado al pensar que puedes dejarlo reduciendo la bebida»*); 3) estigmatizar (por ejemplo, utilizando etiquetas como «adicto»), y 4) ser agresivos (por ejemplo, *«¿No te das cuenta de que vas a matarte si no dejas de consumir drogas?»*).

Contenido de la entrevista motivacional

Mientras que el estilo de la entrevista motivacional está diseñado para minimizar la resistencia, el contenido de las interacciones de la entrevista motivacional se dirige a facilitar el diálogo y las negociaciones con el cliente. El contenido se relaciona con lo que se dice. Como se refleja en los siguientes ejemplos, hay grandes diferencias en la manera de preguntar a los clientes sobre su conducta entre una forma motivacional y no motivacional (por ejemplo, en el contenido).

Los comentarios y las preguntas no motivacionales son cerrados o sin salida (es decir, pueden responderse con una o dos palabras), agresivos, y se parecen más a un interrogatorio. En muchos casos, las preguntas no motivacionales utilizan etiquetas (por ejemplo, «alcohólico») y son críticas (*«Por qué no te estás poniendo la insulina?»*). Por el contrario, las preguntas motivacionales son abiertas, preparando el marco para que los clientes ofrezcan información y para establecer un diálogo entre el cliente y el terapeuta.

Contenido reflejando un estilo no motivacional	Contenido reflejando un estilo motivacional
• *«¿Tienes problemas con las drogas?»*	• *«¿Te importa si hablamos sobre tu último consumo de drogas?»*
• *«¿Eres alcohólico?»*	• *«¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes del consumo de alcohol?»*
• *«¿Por qué no estás tomando la medicación de forma regular?»*	• *«¿Qué obstáculos has tenido que no te han permitido tomar la medicación de forma regular?»*
• *«Tienes que dejar de fumar porque es malo para tu salud.»*	• *«Parece que estás indeciso respecto a dejar de fumar.»*
• *«Si no te pones la insulina de forma regular puedes morir.»*	• *«Parece que estás indeciso sobre ponerte la insulina. ¿Qué piensas que pasará si no te la pones de forma regular?»*

TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Se utilizan varias técnicas y estrategias de entrevista motivacional en el tratamiento de ACD, tanto si se desarrolla en formato individual como grupal: pedir permiso, hablar

sobre el cambio, explorar la importancia del cambio y su confianza en él, realizar preguntas abiertas, utilizar la escucha reflexiva, normalizar, utilizar el balance decisional haciendo uso de las discrepancias con la técnica Colombo, hacer afirmaciones que apoyen la autoeficacia y utilizar la regla de preparación, afirmaciones, información y *feedback*, resúmenes, dar un giro a la resistencia y la paradoja terapéutica. El marco teórico de los ejemplos de estas técnicas motivacionales se discute más adelante.

Pedir permiso

Pedir permiso al cliente para tratar un tema expresa respeto hacia el cliente. Cuando se pide permiso a los clientes para hablar sobre sus conductas problema/de riesgo, es más probable que estén receptivos que cuando se les reprende o se les dice que cambien. Los siguientes son algunos ejemplos de cómo pedir a un cliente permiso para hablar sobre una conducta problemática o de riesgo.

EJEMPLOS PARA PEDIR PERMISO

- *«¿Te importa si hablamos* **[introducir la conducta problemática/de riesgo]***?».*
- *«¿Podemos hablar de tu* **[introducir la conducta problemática/de riesgo]***?».*
- *«Vi en tu historial médico que tienes hipertensión. ¿Te importa si hablamos de cómo afectan los estilos de vida a la hipertensión?».* (Dependiendo del cliente, el terapeuta puede mencionar un determinado elemento del estilo de vida, como la dieta, el ejercicio o el consumo de alcohol.)

Hablar sobre el cambio

El hecho de que los clientes hablen sobre el cambio (por ejemplo, ofrecer razones sobre la necesidad de cambiar o su intención de cambiar) se ha relacionado con resultados positivos (Apodaca y Longabaugh, 2009; Moyers, Martin, Houck, Christopher y Tonigan, 2009). La estrategia de hablar sobre el cambio es distinta a recibir una charla del terapeuta o decir a los clientes por qué deberían cambiar. Las respuestas de los clientes a las preguntas dirigidas a hablar sobre el cambio normalmente contienen razones para el cambio que son importantes de forma personal para ellos. Al hablar sobre el cambio también se pueden mostrar las discrepancias entre las palabras y las acciones de los clientes (por ejemplo, decir que quiere estar abstinente pero continuar bebiendo alcohol) de una forma no agresiva. Una forma de hacer esto, como se tratará enseguida, es utilizando la técnica Colombo. Las siguientes son algunas formas de hablar sobre el cambio.

EJEMPLOS PARA HABLAR SOBRE EL CAMBIO

- *«¿Qué te gustaría que cambiara de tu situación actual?»*

- *«¿Qué te hace pensar que necesitas cambiar?»*
- *«¿Qué ocurrirá si no cambias?»*
- *«¿Qué cambiará si completas tu período de prueba?»*
- *«¿Cuáles serían las ventajas e inconvenientes de cambiar tu* **[introducir la conducta problemática/de riesgo]***?»*
- *«¿Cómo sería tu vida dentro de 3 años si cambiaras tu* **[introducir la conducta problemática/de riesgo]***?»*
- *«¿Por qué piensas que los demás están preocupados por tu* **[introducir la conducta problemática/de riesgo]***?»*

Cuando se habla sobre el cambio con los clientes que están indecisos para llevarlo a cabo, los terapeutas tienen que reconocer las dificultades utilizando la escucha reflexiva y apoyando los esfuerzos del cliente. Por ejemplo, un terapeuta podría preguntar: 1) *«¿Cómo puedo ayudarte a superar las dificultades que estás pasando?»*, **o 2)** *«Si te decidieras a cambiar, ¿qué tendrías que hacer para que ocurriera?»*. **Cuando los clientes han expresado su deseo o intención de cambio, el terapeuta puede poner énfasis o construir la motivación para el cambio. Esto puede lograrse, como se ve en los siguientes ejemplos, preguntando a los clientes por supuestos extremos o haciendo una mirada telescópica hacia el futuro o proyectando la conducta actual en el futuro.**

EJEMPLOS ADICIONALES PARA HABLAR SOBRE EL CAMBIO

- *«Supón que no cambias. ¿Qué es lo peor que podría suceder?»*
- *«¿Qué es lo mejor que podría suceder si cambiaras?»*
- *«Si realizas cambios, ¿cómo podría cambiar tu vida desde hoy?»*
- *«¿Cómo te gustaría que fueran las cosas para ti dentro de 2 o 3 años?»*

Preguntas abiertas

Las preguntas abiertas son una característica importante y habitual del enfoque de entrevista motivacional. Cuando los terapeutas utilizan preguntas abiertas facilitan una conversación más profunda y más rica, que fluye y crea empatía con los clientes. Por el contrario, múltiples preguntas cerradas consecutivas pueden parecer un interrogatorio (por ejemplo, *«¿Con qué frecuencia consumes cocaína?»*, *«¿Cuántos años has tenido problemas con el alcohol?»*, *«¿Cuántas veces has sido detenido?»*). Las preguntas abiertas además fomentan que los clientes hablen la mayor parte del tiempo, mientras que el terapeuta escucha y responde con reflexiones o frases resumen. En los siguientes ejemplos, advierte cómo cada pregunta está diseñada para provocar un discurso del cliente (esto es, hace difícil que el cliente responda de una forma muy corta).

EJEMPLOS DE PREGUNTAS ABIERTAS

- *«Dime lo que te gusta de tu* **[introducir la conducta problemática/de riesgo].***»*
- *«¿Qué ha ocurrido desde nuestra última sesión?»*
- *«¿Qué te hace pensar que podría haber llegado la hora de cambiar?»*
- *«¿Qué te ha traído hoy aquí?»*
- *«¿Qué sucede cuando actúas de esa manera?»*
- *«¿Cómo fuiste capaz de no consumir* **[introducir la sustancia]** *durante* **[introducir el período**

temporal]*?»*

- *«Cuéntame más sobre el comienzo de esto.»*
- *«¿Qué es diferente para ti ahora?»*
- *«¿Qué significaba eso para ti?»*
- *«¿Qué hace diferente el abandono ahora?»*

Escucha reflexiva

En la entrevista motivacional, la escucha reflexiva es la principal forma de responder a los clientes y crear empatía. Implica escuchar cuidadosamente y devolverles una suposición razonable de lo que están diciendo; en otras palabras, es como construir y comprobar una hipótesis. Esencialmente, el terapeuta está parafraseando los comentarios del cliente (por ejemplo, *«Parece que estás muy preocupado por cómo está afectando el tabaco a tu salud»*). La escucha reflexiva puede utilizarse con preguntas abiertas para conseguir que los clientes mantengan sus argumentos para el cambio (por ejemplo, *«Entonces, por una parte estás diciendo que quieres dejar a tu marido, pero todavía, por otra parte, te preocupa herir sus sentimientos terminando la relación. Debe ser difícil para ti. ¿Cómo te imaginas que os sentiríais los dos dentro de 3 años si las cosas no cambiaran?»*). Este tipo de escucha valida lo que los clientes sienten, y transmiten que el terapeuta entiende lo que dice el cliente (por ejemplo, *«Parece que estás enfadado por no conseguir el trabajo»*). Cuando las preguntas reflexivas del terapeuta son correctas, los clientes normalmente responden afirmativamente. Si la suposición no es correcta (por ejemplo, *«Parece que no quieres dejar de fumar ahora»*), normalmente los clientes rápidamente rechazan la hipótesis (por ejemplo, *«No, yo quiero dejarlo, pero soy muy dependiente, y estoy preocupado por el síndrome de abstinencia y la ganancia de peso»*). Las siguientes son formas generales y específicas de expresiones reflexivas (reflejos):

EJEMPLOS DE REFLEJOS GENERALES

- ***«Parece que...»***
- *«Por **lo que escucho que me dices...**»*
- *«Entonces por una parte **parece** que..., pero por otra parte...»*
- *«**Parece** como si...»*
- *«**Tengo la sensación** de que...»*
- *«**Parece** que aunque...»*

EJEMPLOS DE REFLEJOS CENTRADOS EN UNA CUESTIÓN O PROBLEMA ESPECÍFICO

- *«**Parece que** últimamente has estado preocupado por tu* **[introducir la conducta problema/de riesgo].***»*
- *«**Parece que tu** **[introducir la conducta problema/de riesgo]** ha sido una forma de que tu* **[introducir la función de la conducta problema/de riesgo]...***»*

- *«**Tengo la sensación de que** quieres cambiar, y de que te preocupa tu* **[introducir la conducta problema/de riesgo]**.»
- *«**Lo que me parece que dices es** que tu* **[introducir la conducta problema/de riesgo]** *no te causa tanto problema ahora. ¿Qué crees que te podría llevar a cambiar en el futuro?»*
- «**Tengo la sensación** *de que tienes mucha presión para cambiar, pero que no estás seguro de que puedas hacerlo, por las dificultades que tuviste anteriormente para dejarlo/cambiar.»*

Normalización

Se utiliza la normalización para transmitir que no está fuera de lo común tener dificultades para cambiar y que la indecisión es normal. No se pretende que los clientes se sientan cómodos por no cambiar, sino ayudar a que los clientes comprendan que otros también han tenido dificultades para cambiar y que no están solos. Los siguientes son algunos ejemplos de normalización.

EJEMPLOS DE NORMALIZACIÓN

- *«Muchas personas están preocupadas por cambiar su* **[introducir la conducta problema/de riesgo]**.»
- *«La mayoría de las personas indican ventajas e inconvenientes de su* **[introducir la conducta problema/de riesgo]**.»
- *«Muchas personas se sienten como tú. Quieren cambiar su* **[introducir la conducta problema/de riesgo]** *pero les resulta difícil.»*
- *«No es infrecuente que muchas personas hayan hecho intentos previos de abandono.»*
- *«Muchas personas están preocupadas por engordar si dejan de fumar.»*

Balance decisional

Las estrategias de balance decisional pueden utilizarse en cualquier momento del tratamiento como una forma de ayudar a los clientes a reconocer y comprender su ambivalencia o indecisión. Una manera de empezar es dar un ejercicio de balance decisional a los clientes (véase la ficha del cliente 3.1) en la sesión de evaluación y pedirles que la traigan completada para la primera sesión. En el ejercicio de balance decisional, descrito con mayor detalle en los capítulos 4 y 5, se pide a los clientes que valoren sus conductas actuales prestando atención a las ventajas e inconvenientes que tiene en la actualidad cambiar o no cambiar. El objetivo de utilizar un ejercicio de balance es doble: en primer lugar ayudar a que los clientes reconozcan que obtienen algunos beneficios con su conducta problema/de riesgo, y en segundo lugar ayudarles a reconocer que el cambio de su conducta tendrá algunos costes. Hablar con los clientes sobre las ventajas y los inconvenientes en su ejercicio de balance decisional puede ayudarles a entender su ambivalencia sobre el cambio y aumentar su motivación para realizarlo. Sin embargo, es mejor que el terapeuta pida a los clientes que hablen sobre los costes y beneficios que han puesto en la lista, más que leer la hoja y hacerles preguntas. De esta forma el terapeuta tiene la oportunidad de reflejar y resumir el contenido al

cliente y hablar sobre el cambio (por ejemplo, *«Después de todo lo que hemos hablado, ¿qué vas a hacer?»*).

Los terapeutas también pueden llevar a cabo un ejercicio de balance decisional de forma verbal con los clientes, haciendo preguntas abiertas para que indiquen las ventajas e inconvenientes de su conducta problema/de riesgo y sobre el cambio de su conducta. Por ejemplo, el terapeuta podría decir, *«¿Cuáles son algunas de las ventajas de tu* [**introducir la conducta problema/de riesgo]**? [Respuestas del cliente]. *De acuerdo, por otra parte, ¿cuáles son algunos de los inconvenientes de tu* **[conducta problema/de riesgo]**?». Después de esta discusión, los terapeutas pueden utilizar una frase resumen refleja, que incluya las afirmaciones del cliente sobre las ventajas y los inconvenientes, con la intención de que el cliente reconozca y aborde su ambivalencia sobre el cambio.

La técnica Colombo

La técnica Colombo toma su nombre de la conducta manifestada por Peter Falk, que interpretaba en la década de 1970 la serie de televisión *Colombo.* Se puede caracterizar como una forma de ir resolviendo de forma gradual las discrepancias. Básicamente, se les pide a los clientes que ayuden al terapeuta a comprender la información discrepante. La técnica Colombo se implementa como una pregunta curiosa, pero sin resultar crítica. Al yuxtaponer de una forma no agresiva lo que es contradictorio, el cliente se da cuenta de alguna forma de las discrepancias, minimizando así la actitud defensiva o la resistencia. Los siguientes son algunos ejemplos.

EJEMPLOS DE CÓMO UTILIZAR LA TÉCNICA COLOMBO

- *«Por una parte estás tosiendo y sin aliento, pero por otra dices que los cigarrillos no te están causando problemas. ¿Qué crees que te está causando dificultades para respirar?»*
- *«Ayúdame a entenderlo: por una parte, dices que quieres vivir para ver a tu hija de 12 años crecer e ir a la Universidad, pero no tomas la medicación que el médico te ha recetado para la diabetes. ¿Te ayudará eso a vivir para ver a tu hija crecer?»*
- *«Ayúdame a entenderlo: por una parte, escucho que dices que estás preocupado por mantener la custodia de tus hijos, pero, por otra, me dices que consumes crack de forma esporádica con tu novio. Me pregunto cómo es posible mantener la custodia de tus hijos y al mismo tiempo consumir cocaína.»*

Apoyar la autoeficacia

Muchos clientes en tratamiento tienen baja confianza en su capacidad de cambio. Como la autoeficacia alta se relaciona con mejores resultados, es importante encontrar formas de aumentar la autoeficacia de los clientes (revisado en Witkiewitz y Marlatt, 2004). Una forma en que los terapeutas pueden incrementar la autoconfianza o la autoeficacia es provocar la conversación sobre los cambios que los clientes han hecho en el pasado y apoyarlos. Otra manera para incrementar la autoeficacia es utilizar técnicas

de escala (por ejemplo, la regla de preparación, estimaciones de la importancia y confianza en relación al objetivo). Por ejemplo, cuando se utiliza la regla de preparación, si la preparación de un cliente para el cambio aumenta de un número más bajo (en el pasado) a un número más alto (ahora), los terapeutas pueden preguntar cómo ha sido capaz de hacerlo y cómo se siente con el cambio. Los siguientes son algunos ejemplos de cómo provocar declaraciones de los clientes que probablemente incrementarán su autoconfianza.

EJEMPLOS DE FRASES PARA APOYAR LA AUTOCONFIANZA

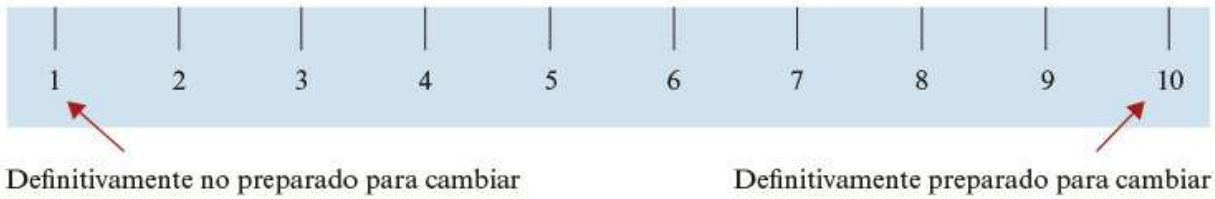
- *«Parece que estás trabajando duro para dejar de fumar. Es diferente de lo que ocurrió anteriormente. ¿Cómo has sido capaz de hacerlo?».* Continúa preguntando: *«¿Cómo te sientes con el cambio?»*
- *«La semana pasada no estabas seguro de que pudieras estar un día sin consumir cocaína . ¿Cómo conseguiste evitar el consumo esta semana?»*
- *«Entonces, aunque no has estado abstinente todos los días esta semana, has conseguido disminuir significativamente la bebida. ¿Cómo has sido capaz de hacerlo?».* Continúa preguntando: *«¿Cómo te sientes con esto?»*
- *«Basándome en tus autorregistros, no has consumido cannabis todos los días. De hecho, sólo has consumido un día la semana pasada. ¿Cómo has sido capaz de hacerlo?».* Continúa preguntando: *«¿Cómo te sientes con el cambio?»*
- *«Dejar la cocaína parece que es un reto bastante grande para ti, pero en la evaluación mencionaste que hace 3 años fuiste capaz de dejarlo por tu cuenta durante 9 meses. ¿Cómo lo hiciste? ¿Qué te dice esto sobre cómo puedes manejar lo que encaras ahora?»*

Regla de preparación

Un aspecto fundamental de la entrevista motivacional es evaluar la motivación para el cambio. La motivación, que se considera como un estado y no como un rasgo, no es estática y por tanto cambia día a día. Los clientes vienen a tratamiento con diferentes niveles de motivación o preparación para el cambio (por ejemplo, no preparado, indeciso o ambivalente, o preparado). El concepto de preparación para el cambio es resultado del modelo de estadios de cambio, que clasifica a los individuos en diferentes etapas de preparación cuando vienen a tratamiento (Heather, Smailes y Cassidy, 2008). Una manera rápida y sencilla de evaluar la preparación es utilizar la regla de preparación (Rollnick et al., 2008), una estrategia de medición que conceptualiza la preparación o motivación para el cambio a lo largo de un continuo. Cuando se utiliza la regla de preparación, se les pide a los clientes que indiquen hasta qué punto están dispuestos a cambiar en una escala de 10 puntos, donde 1 = *definitivamente no preparado para cambiar* y 10 = *definitivamente preparado para cambiar*. La regla de cambio permite que los terapeutas conozcan inmediatamente el nivel de motivación de los clientes para el cambio. Dependiendo de dónde esté el cliente, la conversación tomará diferentes direcciones. Por ejemplo, con clientes que eligen un número bajo (por ejemplo, del 1 al 4), los terapeutas pueden preguntarles: *«¿Qué tendría que ocurrir para que pasaras del*

3 al 5?». La regla de cambio puede ayudar también a que los clientes digan cómo han cambiado, qué necesitan hacer para cambiar más y cómo se sienten en relación al cambio (D'Onofrio, Bernstein y Rollnick, 1996). El ejemplo siguiente muestra cómo utilizar la regla de cambio.

EJEMPLO DE UTILIZACIÓN DE LA REGLA DE CAMBIO



Terapeuta: *«En una escala del 1 al 10, donde 1 significa que definitivamente no estás preparado para cambiar y 10 que definitivamente estás preparado para cambiar, ¿qué número refleja mejor hasta qué punto estás preparado para cambiar tu* **[introducir la conducta problema/de riesgo]** *en la actualidad?»*

Cliente: *«Siete.»*

Terapeuta: *«En esta misma escala, ¿dónde estabas hace 6 meses?»*

Cliente: *«Dos.»*

Terapeuta: *«Entonces parece que has pasado de no estar preparado para cambiar tu* **[introducir la conducta problema/de riesgo]** *a pensar en cambiar. ¿Cómo has pasado de un 2 hace 6 meses a un 7 ahora?»*

Después de las respuestas del cliente, el terapeuta puede continuar y preguntar: *«¿Cómo te sientes por haber hecho esos cambios? ¿Qué te haría pasar a un punto mayor en la escala?»*

Aunque pocos, algunos clientes indicarán una disminución en su preparación para el cambio a lo largo del tiempo. En tales casos, el terapeuta puede centrarse en identificar formas de aumentar la preparación. El ejemplo siguiente es de un cliente que informa de una disminución de su preparación para el cambio a lo largo del tiempo: *«Así que hace 6 meses estabas en un 5 y ahora dices que estás en un 2. Parece que has pasado de estar ambivalente sobre el cambio de tu* **[introducir la conducta problema/de riesgo]** *a no pensar más en que necesites cambiar tu* **[introducir la conducta problema/de riesgo].** *¿Qué tendría que ocurrir para que volvieras a donde estabas hace 6 meses?»*.

Afirmaciones

Las afirmaciones son aserciones que el terapeuta realiza en respuesta a lo que los clientes han dicho y que se dirigen a reconocer las fortalezas, éxitos y esfuerzos por cambiar de los clientes. Las respuestas afirmativas y los mensajes de apoyo de los terapeutas verifican y reconocen los cambios de conducta de los clientes, así como sus intentos de cambio. Para que las afirmaciones ayuden a aumentar la confianza de los clientes en su capacidad de cambio es necesario que parezcan sinceras, no halagüeñas (por ejemplo, *«¡Guau, es increíble!»* o *«¡Eso es estupendo, sabía que podías hacerlo!»*). Los siguientes son algunos ejemplos de afirmaciones.

EJEMPLOS DE CÓMO CONTEXTUALIZAR LAS AFIRMACIONES

- *«Tu compromiso mostrado por* **[introducir una reflejo sobre lo que el cliente está haciendo].***»*
- *«Has mostrado mucho/a* **[introducir lo que describa mejor la conducta del cliente:** *fortaleza, coraje, determinación] al hacer eso.»*
- *«Está claro por tu comportamiento que realmente quieres cambiar tu* **[introducir la conducta problema/de riesgo].***»*
- *«Por la manera en que dices que manejas la situación, has mostrado mucho/a* **[introducir una etiqueta descriptiva que refleje cómo ha manejado la situación el cliente; por ejemplo,** *fortaleza, coraje, determinación].»*
- *«A pesar de todos los obstáculos a los que te has tenido que enfrentar, te has abstenido de* **[introducir la conducta problema/de riesgo].***»*
- *«A pesar de lo que ha ocurrido la semana pasado, el hecho de venir hoy aquí refleja que estás interesado en cambiar tu* **[introducir la conducta problema/de riesgo]***.»*

Información y *feedback*

Una estrategia de entrevista motivacional que se utiliza con frecuencia es dar información o *feedback* a los clientes. Es una técnica valiosa porque los clientes carecen en muchas ocasiones de información para tomar decisiones informadas o tienen información errónea. Tradicionalmente, los terapeutas y otros profesionales de la salud han animado a los clientes a abandonar o cambiar conductas utilizando lo que se denominaba *simple consejo* (por ejemplo, *«si continúas consumiendo vas a tener* **[introducir la consecuencia en la salud]***»*). La razón por la que el simple consejo no funciona bien es que a la mayoría de las personas no les gusta que se les diga lo que tienen que hacer. Más bien, la mayor parte de los individuos prefieren que se les ofrezca la posibilidad de elegir al tomar decisiones, especialmente cuando están considerando cambiar conductas problema/de riesgo.

La forma en que se presenta la información puede afectar también a la forma en que se recibe. Presentar la información y el *feedback* de manera sensible, no crítica y neutra minimiza la resistencia y da fuerza a las personas para tomar mejores decisiones informadas a la hora de dejar o cambiar una conducta problema/de riesgo. Una forma de ofrecer *feedback*, por ejemplo, es permitir que evalúen su conducta en relación a la norma nacional (por ejemplo, porcentaje de hombres y mujeres que beben a diferentes niveles; porcentaje de población que consumió cannabis el año pasado). Las fichas del cliente 4.1 y 4.2, en el capítulo 4, contienen ejemplos de cómo presentar este *feedback* a los clientes como parte del tratamiento de ACD. La información sobre los riesgos para la salud es otro tipo de *feedback* que puede presentarse a los clientes (por ejemplo, riesgo de diferentes tipos de cáncer relacionados con los niveles de bebida) para aumentar la motivación respecto al cambio. Presentar el *feedback* de forma motivacional, como se muestra en las fichas del cliente 4.1 y 4.2, permite que los clientes valoren la relevancia personal *(«Bebo tanto como mis amigos, pero puede que todos nosotros estemos bebiendo más de lo que deberíamos»).*

Cuando sea posible, los materiales deberían presentarse centrándose en los aspectos positivos del cambio. Un ejemplo excelente de información positiva que puede ofrecerse son los beneficios para la salud a corto y largo plazo que se acumulan si deja de fumar. Las figuras de la tabla 2.1 presentan información tomada de la página web de *Centers for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/cessation/quitting/#benefits),* que muestra los múltiples beneficios para la salud que se derivan de dejar de fumar. Por ejemplo, tras 20 minutos sin fumar el cuerpo del fumador comienza a experimentar una serie de cambios, que empiezan con una disminución inmediata de la presión sanguínea. A los 15 años de dejarlo, el riesgo de enfermedad coronaria es el mismo que el de un no fumador. La ventaja de ofrecer a los fumadores esta información es que aquellos que han fumado durante años a menudo piensan que han arruinado su salud y que tendrán pocos beneficios, o ninguno, si lo dejan. Por el contrario, como se refleja en la tabla 2.1, los beneficios de dejar de fumar son espectaculares y comienzan enseguida. De esta forma, si los terapeutas ofrecen esta información a los fumadores pueden corregir esta percepción errónea, y podría ayudar a motivarles para que consideren dejarlo. A este respecto, los terapeutas pueden preguntar a los fumadores *«¿Qué sabes sobre los beneficios de dejar de fumar?»* y continuar pidiéndoles permiso para hablar sobre la conducta de fumar del cliente *(«¿Te importa si hablamos unos minutos sobre algunos de los beneficios a corto y largo plazo de dejarlo?»).* También puede ser útil dar a los fumadores un folleto que resuma los beneficios de la tabla 2.1.

Recuerda que algunos clientes no querrán información. Cuando los terapeutas utilizan tácticas atemorizantes, reprenden, moralizan o advierten de consecuencias desastrosas, actúan de forma contraria a una relación terapéutica positiva. Una aproximación preferible sería reconocer la posición del cliente y decir algo como: *«De acuerdo, quizá en el futuro podamos volver sobre esto»*. Los siguientes son algunos ejemplos de cómo ofrecer información o *feedback.* Con frecuencia es útil comenzar pidiendo permiso al cliente para hablar sobre la conducta.

TABLA 2.1
Cronología de los beneficios de dejar de fumar

Dejar de fumar puede ayudar a los fumadores a estar más sanos y vivir más, sin importar los años que tengan cuando lo dejen. Como indican los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, éstos son algunos de los múltiples beneficios de dejar de fumar:

- Dejar de fumar reduce el riesgo de cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer.
- Dejar de fumar reduce el riesgo de enfermedad coronaria, derrame cerebral y enfermedad vascular periférica.
- Dejar de fumar reduce los síntomas respiratorios, como la tos, sibilancias y falta de respiración. La tasa de disminución de la función pulmonar es menor en las personas que dejan de fumar.
- Dejar de fumar reduce el riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que es una de las causas principales de muerte en Estados Unidos.

- Dejar de fumar en las mujeres durante los años reproductivos reduce el riesgo de infertilidad. Las mujeres que dejan de fumar durante el embarazo pueden reducir también el riesgo de tener un niño de bajo peso.

Cronología de los beneficios de dejar de fumar

A los 20 minutos de haber fumado el último cigarrillo el cuerpo comienza una serie de cambios que continúan durante años. Abajo figura una cronología de los beneficios de dejar de fumar, tal y como los describen los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades.

- *20 minutos después de dejarlo* tu tasa cardíaca y presión sanguínea disminuyen.
- *12 horas después de dejarlo* el nivel de monóxido de carbono en tu cuerpo vuelve a la normalidad.
- *2 semanas-3 meses después de dejarlo* tu circulación mejora y aumenta la función pulmonar.
- *1-9 meses después de dejarlo* disminuye la tos y la falta de respiración.
- *1 año después de dejarlo* el riesgo mayor de enfermedad coronaria disminuye a la mitad que para un fumador.
- *5 años después de dejarlo* tu riesgo de derrame cerebral es el mismo que el de un no fumador.
- *10 años después de dejarlo* tu tasa de muerte por cáncer de pulmón es aproximadamente la mitad de la de una persona que continúa fumando. El riesgo de cáncer de boca, garganta, esófago, vejiga, riñón y páncreas dismi nuye.
- *15 años después de dejarlo* el riesgo de enfermedad coronaria es el mismo que el de un no fumador.

Nota: De los *Centers for Disease Control and Prevention* *(www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/cessation/quitting/#benefits).*

EJEMPLOS DE CÓMO OFRECER INFORMACIÓN Y *FEEDBACK*

Formas sugeridas para ofrecer información en forma de entrevista motivacional con un cliente que bebe alcohol con un nivel de riesgo y que tiene hipertensión

- *«He visto en tu historial médico que has indicado que estás tomando medicación para la hipertensión. ¿Te importa si hablamos unos minutos de cómo el consumo de alcohol afecta a tu hipertensión?»* **[puedes introducir cualquier conducta problema/de riesgo aquí].**

  [Seguido por] *«¿Sabes algo sobre cómo afecta tu consumo de alcohol* **[puedes introducir cualquier conducta problema/de riesgo aquí]** *a tu hipertensión* **[puedes introducir cualquier aspecto al que podría afectar la conducta problema/de riesgo; por ejemplo, cuestiones de salud]***?»*

  [Seguido de] *«¿Te interesa aprender algo más sobre cómo la bebida* **[introducir la conducta problema/de riesgo; por ejemplo, el consumo de alcohol]** *afecta a tu hipertensión?»*

  Después del diálogo anterior, se puede ofrecer a los clientes materiales relevantes relacionados con el cambio de su conducta problema/de riesgo o de los efectos que tiene en otros aspectos de sus vidas.
- *«Si quieres tengo algunos folletos sobre cómo el alcohol puede afectar a la hipertensión* **[introducir el problema de salud]** *que puedes leer y que podemos tratar en la próxima sesión.»*

Otros ejemplos para ofrecer información a los clientes en forma de entrevista motivacional

- *«¿Conoces las leyes en* **[introducir el nombre del Estado]** y lo que ocurriría si te ***arrestan de nuevo por estar bebido***?» [Respuestas del cliente: *«Creo que el límite legal es 0,08»*] *«¿Sabes cuántas bebidas te hacen llegar a este nivel?»*
- *«Así que dijiste que estás* ***preocupado por engordar si dejas de fumar.*** *¿Cuánto crees que engorda de media una persona el primer año después de dejarlo?»*
- *«He recogido la información que ofreciste sobre tu bebida en la evaluación, he calculado lo que dijiste que bebías a la semana de media, y lo he mostrado en esta hoja con gráficos mostrando los niveles de bebida de la población general. ¿Dónde te sitúas?»* [véase capítulo 4, ficha del cliente 4.1].
- *«En uno de los cuestionarios que completaste, el Drug Abuse Screening Test, tenías una puntuación de 7. Esta hoja indica las puntuaciones que en ese cuestionario están asociadas con la gravedad del problema de*

drogas. ¿Dónde te sitúas?» [véase el capítulo 4, ficha del cliente 4.2].

El *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* tiene una página web, *Rethinking Drinking Alcohol and Your Health*, que los lectores pueden utilizar para preparar distintos tipos de *feedback* para sus clientes en relación con el consumo de alcohol (rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov).

Resúmenes

Los terapeutas pueden utilizar juiciosamente resúmenes para reforzar lo que los clientes han dicho. Estas declaraciones pueden utilizarse para reflejar la ambivalencia, para conducir a los clientes hacia otro tema o para ampliar la discusión en curso. Los resúmenes requieren que los terapeutas escuchen cuidadosamente lo que han dicho los clientes a lo largo de la sesión. Además, son una buena forma de llevar al cliente al siguiente tema o de finalizar la sesión (esto es, ofrecer un resumen de la sesión completa). Los siguientes son ejemplos de resúmenes.

EJEMPLOS DE DISTINTOS RESÚMENES

- *«Parece que cuando empezaste a consumir cocaína tenía muchas consecuencias positivas. Ahora, sin embargo, parece que los costes y el incremento en tu consumo, unido a las quejas de tu novia, te han hecho pensar en dejarlo. ¿Cómo será tu vida si lo dejas?»*
- *«Parece que estás preocupado por tu consumo de cocaína porque está costándote mucho dinero y podría ser que acabaras entre rejas. También dijiste que dejarlo podría significar no estar más con tus amigos. Parece que no es una decisión fácil.»*
- *«Durante los últimos 3 meses has estado hablando sobre dejar de consumir crack, y parece que hace poco has empezado a reconocer que las cosas menos buenas de su consumo superan las buenas. Eso, unido a que tu novia te ha dejado porque seguías consumiendo crack, hace fácil comprender por qué estas decidido a no consumir más crack.»*

Dar un giro a la resistencia

En una relación terapéutica, se da resistencia cuando dos conjuntos de valores o metas son opuestas. Los terapeutas quieren que ocurra una cosa (por ejemplo, que el cliente cambie) y el cliente quiere que ocurra otra cosa (por ejemplo, el cliente siente que no es necesario cambiar). El rechazo al cambio es natural y comprensible, especialmente en individuos que no ven que necesiten cambiar. La entrevista motivacional sugiere que la respuesta del terapeuta a la resistencia al cambio del cliente puede determinar en gran medida la siguiente respuesta de la persona (Moyers y Rollnick, 2002).

Normalmente, la resistencia es fácil de reconocer. Cuando la interacción terapéutica no parece buena, en especial con clientes que vienen coaccionados o que dicen no estar preparados para el cambio, es una señal para que los terapeutas cambien las estrategias y utilicen un abordaje de entrevista motivacional. Este enfoque reconoce que los terapeutas tienen una *elección* —aumen tar la resistencia o dar un giro a la resistencia—. Cuando

un cliente es resistente y el terapeuta responde argumentando de forma más fuerte, probablemente el cliente se ponga a la defensiva. Estas interacciones pueden debilitar o destruir la relación terapéutica, resultando contraproducentes. Estas respuestas contraproducentes se han etiquetado como *reflejos de enderezamiento,* en los que los terapeutas intentan hacer las cosas mejor o *enderezar la situación* ordenando o diciendo a los clientes lo que tienen que hacer (por ejemplo, *«Si no quieres ponerte la insulina tendrás problemas serios de salud que pueden matarte»* o *«Tienes que dejar de fumar porque causa cáncer e infartos y te quitará años de vida»*).

El enfoque de la entrevista motivacional ofrece una alternativa mejor para dar un giro a la resistencia que enfrentarse directamente. Este enfoque sugiere que los terapeutas dejen sus agendas en la puerta y den un giro a la resistencia reflejando la situación del cliente. Normalmente esto implica reconocer que el cliente no está preparado para el cambio, o incluso para discutir sobre el cambio. Cuando el terapeuta responde con frases reflejo, transmite a los clientes que les comprende. También evita discusiones cuando los clientes se muestran resistentes.

El siguiente es un ejemplo de entrevista motivacional en un grupo con una persona que está enfadada por sentirse coaccionada para asistir al tratamiento. En este caso, y en otros similares, los terapeutas tienen que reducir la resistencia evitando utilizar frases que aumenten la ira o la actitud defensiva. Una forma en la que el terapeuta puede hacer esto es reflejando la frustración de la persona o la ira y preguntando después al grupo por algunas estrategias alternativas para tratar la situación actual. Básicamente, al abordar la resistencia los terapeutas refuerzan con mayor probabilidad que los miembros del grupo continúen en tratamiento y participen en el grupo.

EJEMPLO DE ABORDAR LA RESISTENCIA EN UN GRUPO

BILL: *«Ya es suficiente que me obliguen a estar aquí, no esperes que participe.»*

TERAPEUTA: *«Bill, cuando dices que te obligan a venir aquí, ¿puedes explicarnos qué significa?»*

BILL: *«Vengo al grupo porque mi mujer dijo que me dejaría. Esa es la única razón de que esté aquí, así que no estoy a gusto.»*

Objetivo del terapeuta: La siguiente pregunta se dirige a conseguir que los demás comenten si se encuentran en situaciones similares (por ejemplo, estar obligados a hacer algo o estar en el tratamiento mayormente para satisfacer a alguien):

«¿Alguien más del grupo se identifica con lo que siente Bill y quiere compartir cómo ha manejado situaciones parecidas?»

Después de que responda el grupo, uno de los terapeutas puede decir:

«Así que varios de vosotros habéis dicho que os habéis sentido algo coaccionados para venir aquí, pero la mayor parte también habéis dicho que elegisteis venir aquí porque era mejor que otras alternativas, como ir a la cárcel o empeorar las relaciones. ¿En qué otras áreas de vuestras vidas tenéis preocupaciones sobre el hecho de tener elecciones limitadas?»

Aunque la reflexión anterior reconoce que otros se pueden sentir de la misma forma que Bill (es decir, sentirse obligados a asistir al grupo), también indica que venir al grupo es su elección. La siguiente pregunta del

terapeuta (resumiendo las distintas respuestas de los miembros) se dirige a que el grupo hable de las elecciones limitadas, al mismo tiempo que amplía el tema para hablar sobre las situaciones de elecciones limitadas en general. Su intención es reducir el efecto causado por el tema original y minimizar la resistencia.

«Así que parece que hay muchas situaciones en la vida en las que hay que hacer elecciones, y que hay ocasiones en las que las personas eligen hacer algo que realmente no les gusta porque es la mejor elección disponible que tienen.»

Al final, cuando todos lo han comentado, uno de los terapeutas podría hacer el siguiente comentario sobre el diálogo anterior:

«Así que hemos oído hoy que algunos miembros del grupo se sintieron coaccionados por otros al principio para estar aquí. Sin embargo, varios miembros también han dicho que a veces las personas tienen que elegir entre dos opciones que no les gustan, y eso implica escoger la que tiene menos consecuencias negativas.»

Paradoja terapéutica

Para los clientes que han estado viniendo a tratamiento durante algún tiempo pero han progresado poco, las paradojas pueden utilizarse para intentar discutir con ellos la importancia del cambio. Es importante reconocer, sin embargo, que el uso de la paradoja terapéutica implica algún riesgo (es decir, un cliente podría estar de acuerdo con la paradoja, en lugar de discutir la importancia del cambio). Las paradojas están formuladas a propósito para que los clientes las perciban como contradicciones inesperadas por parte del terapeuta. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: *«Bill, sé que llevas viniendo a tratamiento dos meses, pero todavía estás bebiendo mucho. ¿Puede ser que no sea ahora el momento para cambiar?»*. Al ofrecer este mensaje es importante parecer sincero y no sarcástico. Se trata de que los clientes, tras oír estos mensajes, busquen contradecirlos poniéndose a favor del cambio. Así, el cliente respondería: *«No, sé que necesito cambiar, sólo tengo que ponerme en serio con ello»*. Si esto ocurre, las conversaciones siguientes pueden centrarse en identificar las razones por las que el progreso ha sido lento.

Además, las paradojas podrían tener un efecto negativo en algunos clientes (por ejemplo, clientes con baja autoeficacia). Por tanto, recomendamos utilizarlas más adelante, en el tratamiento, sólo con los clientes que no están realizando cambios. Por ejemplo, podrían utilizarse con clientes que han estado asistiendo a las sesiones de forma regular pero no han hecho ningún avance, para cambiar la conducta problema/de riesgo por la cual buscaban tratamiento.

Cuando se utiliza la paradoja terapéutica, los terapeutas deberían estar preparados para encontrarse con el hecho de que algunos clientes decidan que no quieren cambiar. En tales casos, pueden discutirse las razones por las que no están preparados para el cambio o por qué no ven la necesidad de cambiar. Si un cliente está convencido de que no es su momento para el cambio o que el cambio no es posible, podría sugerirse que se tome un *tiempo fuera* del tratamiento. Cuando se hace esto, decimos a los clientes que pueden llamarnos dentro de unas semanas para tener contacto con ellos y ver si quieren

reanudar el tratamiento. Los siguientes son algunos ejemplos que pueden utilizarse para crear una paradoja terapéutica con los clientes.

EJEMPLOS PARA CREAR UNA PARADOJA TERAPÉUTICA

- *¿«Puede ser que ahora no sea el momento para que cambies»?*
- *«Mary, continúas* **[introducir la conducta problema/de riesgo],** *y todavía dices que quieres* **[introducir la conducta que la persona quiere cambiar; por ejemplo, que te devuelvan a tus hijos; que te devuelvan el carnet de conducir; no dejar a tu pareja].** *Puede que no sea un buen momento para intentar hacer estos cambios.»*
- *«Parece que estas muy ocupado intentando compatibilizar tu carrera profesional y la familia, y estas prioridades están compitiendo con el tratamiento en este momento. Podría ser útil que tomaras un descanso del tratamiento.»*

RESUMEN

La entrevista motivacional es muchas cosas, pero primero y ante todo es un estilo de *counseling* que funciona bien con muchos clientes, especialmente con aquellos que están indecisos sobre el cambio de su conducta. La entrevista motivacional se utiliza para construir una buena relación, y ayuda a los clientes a explorar y resolver su ambivalencia sobre el cambio. La entrevista motivacional se realiza de manera que haga probable el aumento de la motivación del cliente para cambiar y al mismo tiempo minimice la resistencia. Un objetivo fundamental de la entrevista motivacional es que los clientes ofrezcan razones para el cambio (es decir, *darles voz*) en lugar de que los terapeutas les digan que cambien. El uso de estrategias y técnicas de entrevista motivacional crea una interacción respetuosa y fortalecedora, donde los clientes vengan a comprender su conducta y decidan sobre las acciones necesarias para resolver las dudas. Simplemente, lo que el terapeuta dice (es decir, *el contenido*) y cómo lo dice (es decir, *el estilo*) puede tener un efecto poderoso para influir en la motivación del cliente para el cambio. Aunque inicialmente se desarrolló para el tratamiento de consumidores de alcohol, la entrevista motivacional ha ido siendo «ampliamente adoptada para utilizar con un rango diverso de clientes» (Allsop, 2007, p. 343), en muchos ámbitos de la salud física y mental.

3

La evaluación: el comienzo del tratamiento

> La evaluación no sólo consiste en reunir datos, sino que también es el comienzo de un proceso acelerado de tratamiento.
>
> M. B. SOBELL y SOBELL (1993a, p. 52)

Este capítulo presenta una discusión deta llada de cómo llevar a cabo la evaluación de ACD y de la utilidad clínica de las medidas e instrumentos de evaluación que se utilizan en las intervenciones individuales y grupales. La entrevista de evaluación recoge información que ayuda a orientar sobre el tratamiento y consti tuye el comienzo de la relación terapéutica. Cuando se les pide a los clientes que ofrezcan información detallada sobre sí mismos y sus problemas, muchos empiezan a entender sus problemas y a pensar en cómo abordarlos. En otras palabras, el proceso de evaluación puede ser suficiente por sí mismo para ins tigar la conducta de cambio, o al menos para catalizar el proceso de cambio (Clifford, Maisto y Davis, 2007; Epstein et al., 2005). Por esta razón, en nuestro anterior libro de tratamiento de ACD (M. B. Sobell y Sobell, 1993a) indicábamos que la evaluación era el «comienzo» (p. 57) del tratamiento. El uso de las medidas y cuestionarios de evaluación puede modificarse para adaptarse a las necesidades de los clientes o del programa.

UTILIZANDO EL ENFOQUE DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA COMENZAR LA EVALUACIÓN

La evaluación comienza con un diálogo que es motivacional por naturaleza y se dirige a expresar empatía y a establecer la relación. Esto, a su vez, facilita el desarrollo de una relación terapéutica positiva que se dirige mejorar y mantener la motivación del cliente para el cambio. Como se refleja en los siguientes ejemplos clínicos, más que lanzarse a un interrogatorio el terapeuta utiliza las preguntas abiertas para fomentar que los clientes analicen por qué vinieron a tratamiento y lo que esperan conseguir. Después de esto, se describe brevemente el programa de tratamiento de ACD, que ayuda a las personas a autoayudarse. Por tanto, la evaluación recoge información y datos relacionados con el problema por el que los clientes buscan tratamiento. Una parte de la información que se recoge durante la evaluación se utiliza después en las sesiones de ACD para ofrecer *feedback* personalizado a los clientes sobre su consumo de alcohol y

drogas.

Para muchos clientes, especialmente cuando los problemas no son graves, su participación en esta evaluación supone la primera vez que piensan de forma seria en sus problemas y en lo que les llevará a cambiar su conducta. Por tanto, los dos objetivos son asegurarse de que los clientes se sienten comprendidos y de que volverán para su primera sesión. En los ejemplos de diálogos clínicos que se incluyen a lo largo de este capítulo se ofrecen sugerencias de cómo conseguir estos objetivos. Sin embargo, hay que señalar que estos diálogos deben tomarse como sugerencias y ejemplos de cómo se podrían iniciar y explorar los temas, y no como guiones.

Como se ha mencionado anteriormente, para el desarrollo de la relación terapéutica es útil, antes de lanzarse a la recolección de datos, tener una breve discusión con los clientes de por qué buscan tratamiento y lo que esperan, y describirles el programa de tratamiento. El siguiente es un ejemplo de lo que el terapeuta podría decir al cliente al comienzo de la evaluación.

> *«Antes de que comencemos, quiero explicarte lo que vamos a hacer hoy. Esta sesión nos llevará aproximadamente 2 horas. Hablaremos de muchas cosas, como el porqué has venido a tratamiento, lo que esperas conseguir y cómo podrías empezar a cambiar tu* **[introducir lo que trajo a la persona al tratamiento; por ejemplo, el consumo de alcohol o drogas].** *Poco antes de finalizar la evaluación te pediré que completes algunos formularios, que se utilizarán en las siguientes sesiones para ofrecerte información sobre tu* **[introducir lo que trajo a la persona a tratamiento; por ejemplo, tu consumo de alcohol o drogas].**»

Después de una breve introducción como la anterior, y de escuchar de forma activa la respuesta del cliente, recomendamos que el terapeuta ofrezca a los clientes una descripción breve o una visión general del programa de tratamiento en el que participará el cliente. El siguiente es un ejemplo, que sería igual si el tratamiento de ACD se desarrolla en formato individual o de grupo. El capítulo 5 presenta la información adicional que se da a los clientes que van a participar en la versión grupal del tratamiento de ACD.

> *«El programa de tratamiento de autocambio dirigido está diseñado para ayudarte a dirigir tu propio tratamiento. Aprenderás cómo utilizar un enfoque de solución de problemas para abordar tu consumo de alcohol o drogas. Vamos a pedirte que realices algunas lecturas y ejercicios para casa y que observes tu consumo de alcohol y drogas. El hecho de que las personas trabajen algunos aspectos fuera de las sesiones ayuda a que se acelere el cambio. Por ello es importante realizar los ejercicios para casa. El programa consta de cuatro sesiones semiestructuradas, más la sesión de evaluación de hoy. En la cuarta sesión revisaremos tu progreso, y podrás decidir si quieres acudir a más sesiones. Un mes después de la última sesión te llamaré para ver cómo lo estás haciendo. ¿Tienes alguna pregunta?»*

MEDIDAS Y CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN: DESCRIPCIÓN Y UTILIDAD

El resto de este capítulo describe detalladamente las medidas y cuestionarios utilizados en las intervenciones individuales y grupales, así como su utilidad. La tabla

3.1 contiene una lista de las medidas y cuestionarios utilizados en las sesiones individuales y grupales de ACD. La mayoría de los formularios de evaluación utilizados en las intervenciones cognitivo-conductuales recogen datos demográficos (por ejemplo, edad, educación, sexo) e información sobre la historia del problema. A este respecto, el modelo de tratamiento de ACD utiliza un cuestionario de evaluación que recoge información demográfica básica (por ejemplo, edad, educación, sexo, empleo, estado civil) y datos de la historia de consumo de sustancias (por ejemplo, número de años con problema de consumo de alcohol o drogas, frecuencia e intensidad de consumo, consecuencias del alcohol y las drogas o intentos anteriores de cambio).

Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol

El Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (*Alcohol Use Disorders Identification Test;* AUDIT) es una escala psicométrica de 10 ítems (apéndice A) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, que evalúa el consumo de alcohol actual y pasado, sus consecuencias y la gravedad del problema (Reinert y Allen, 2007). Las puntuaciones van de 0 a 40, siendo una puntuación de 8 o más indicadora de un problema con el alcohol. El AUDIT es capaz de detectar bebedores problema en un continuo de medio, moderado y severo. Como se expone en el capítulo 4, las puntuaciones del AUDIT se utilizan en la sesión 1 para ofrecer *feedback* personalizado a los clientes sobre la gravedad de su consumo de alcohol antes de comenzar el tratamiento (véase la última página de la ficha del cliente 4.1).

TABLA 3.1

Medidas y cuestionarios utilizados en el tratamiento de ACD en terapia individual y grupal

- *Cuestionario de la Historia de Consumo de Drogas (Drug Use History Questionnaire; DUHQ):* evalúa el consumo de drogas actual y a lo largo de la vida.
- *Línea Base Retrospectiva (LBR):* evalúa el consumo diario de la sustancia antes del tratamiento.
- *Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT):* escala de 10 ítems que evalúa el consumo de alcohol actual y pasado, sus consecuencias y la gravedad del problema.
- *Test de Evaluación para el Consumo de Drogas (Drug Abuse Screening Test; DAST-10):* escala de 10 ítems que evalúa las consecuencias del consumo de drogas y la severidad del problema en el último año.
- *Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Brief Situational Confidence Questionnaire; BSCQ):* evalúa la confianza del cliente (esto es, la autoeficacia) en su capacidad para resistir la bebida excesiva o el consumo de drogas en una escala de 0 por 100 (en absoluto capaz) a 100 por 100 (muy capaz) en ocho situaciones de alto riesgo.
- *Regla de preparación*: evalúa la ambivalencia y preparación para el cambio.
- *Escala Dónde estás ahora:* evalúa las valoraciones subjetivas de los clientes acerca de la severidad de los problemas para los que buscan tratamiento.
- *Establecimiento de meta:* permite que los clientes elijan las metas y evalúa las valoraciones que dan la importancia de sus objetivos y su confianza en conseguirlos.
- *Autorregistros:* los clientes registran varios aspectos de su consumo de sustancias (por ejemplo, consumo

diario, deseos de consumo, situaciones en las que consume, pensamientos cuando consumen), que les permiten informar y hablar sinceramente sobre su consumo de sustancias a lo largo del tratamiento.

Test de evaluación de consumo de drogas

El Test de Evaluación de Consumo de Drogas (*Drug Abuse Screening Test;* DAST-10; apéndice B) es una escala psicométrica de 10 ítems semejante al AUDIT, que evalúa las consecuencias del consumo de drogas y la gravedad del problema durante el año anterior (Gavin, Ross y Skinner, 1989; Skinner, 1982). Las puntuaciones van del 0 al 10, siendo una puntuación de 3 o más indicadora de un problema de drogas. Como se indica en el capítulo 4, la información del DAST-10 se utiliza en la sesión 1 para ofrecer *feedback* personalizado a los clientes sobre la gravedad de su consumo de drogas antes del tratamiento (véase la última página de la ficha del cliente 4.2).

Cuestionario de la historia del consumo de drogas

Si se necesita información detallada del consumo de drogas, el Cuestionario de la Historia del Consumo de Drogas (*Drug Use History Questionnaire;* DUHQ; Appendix C) puede ofrecer información fiable sobre el consumo de drogas actual y a lo largo de la vida de los clientes (años de consumo, vía de administración, frecuencia de uso, último año de consumo) (Martin y Wilkinson, 1989; L. C. Sobell, Kwan y Sobell, 1995; Wil kinson, Leigh, Cordingley, Martin y Lei, 1987). El DUHQ es administrado por el terapeuta y lleva aproximadamente de 3 a 5 minutos. Utiliza una serie de tarjetas para ayudar a los clientes a recordar de forma precisa su consumo de drogas. El siguiente es un ejemplo de cómo explicar la forma de completar el DUHQ. Las respuestas de los clientes se registran en el formulario (véase apéndice C).

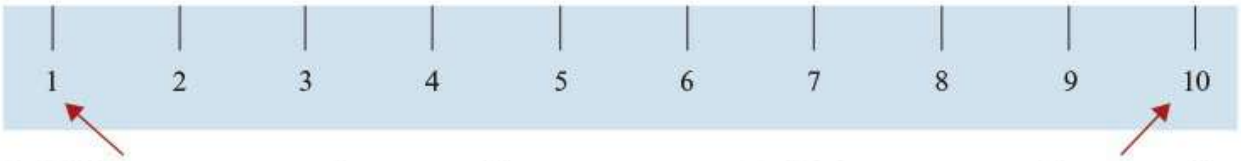
> *«Ahora vamos a comparar tu consumo actual y en el pasado de distintas drogas. Tengo varias tarjetas aquí, con los nombres de distintas drogas en ellas, que me gustaría que clasificaras en dos montones. El primero incluiría las drogas* ***que no has consumido nunca,*** *ni siquiera una vez, y el segundo incluiría las drogas que has consumido* ***al menos una vez.*** [El cliente clasifica las tarjetas en dos mon tones.]
>
> *Ahora me gustaría que cogieras las tarjetas con los nombres de las drogas que dices que has consumido al menos una vez y que las clasifiques en dos montones más —el primero con las drogas que* ***consumiste sólo una vez o para probar,*** *y el segundo con aquellas drogas que has consumido* ***con mayor frecuencia.*** [Los clientes las clasifican en dos montones más.]
>
> *Ahora quiero hacerte algunas preguntas sobre las drogas que has consumido con mayor fre cuencia.»*

Regla de preparación

La regla de preparación es un instrumento de escala de entrevista motivacional que se utiliza normalmente la primera vez que se entrevista a los clientes o en la evaluación. Como los clientes vienen al tratamiento con diferentes niveles de motivación o preparación para el cambio, esta simple medida de estado (es decir, preparación en el

momento actual) permite a los terapeutas evaluar la ambivalencia del cliente sobre el cambio. En el siguiente ejemplo, el terapeuta solicita al cliente que indique dónde está en términos de preparación para el cambio.

La regla de preparación puede utilizarse también de forma motivacional para pedir a los clientes que evalúen su propio progreso durante la terapia (por ejemplo: *«En comparación con el mes anterior, ¿dónde estás ahora con respecto a tu preparación para el cambio?»);* para aumentar su autoeficacia (por ejemplo: *«¿Cómo pasaste de 4 a 6? ¿Cómo te sientes con los cambios que has hecho?»*); y para identificar los pasos necesarios para el cambio (por ejemplo: *«¿Qué te haría pasar de 6 a 7?»).*



«En una escala del 1 al 10, donde 1 es "no estoy preparado para cambiar" y 10 "estoy muy preparado para cambiar", ¿qué número refleja mejor hasta qué punto estás preparado para cambiar ***en el momento actual tu*** **[introducir la conducta problema/de riesgo; por ejemplo, el consumo de alcohol o drogas|**?»

La escala Dónde estás ahora

La escala *Dónde estás ahora* (ficha del cliente 3.6) es un instrumento motivacional de escala que pide a los clientes que den una valoración subjetiva de la gravedad del problema por el que buscan tratamiento. Como medida de estado, puede utilizarse en múltiples ocasiones a lo largo del tratamiento. Los terapeutas pueden presentar esta escala a los clientes diciendo: *«En varias ocasiones a lo largo de nuestras sesiones te voy a pedir que valores tu consumo de alcohol o drogas* **[introducir la conducta problema/de riesgo]** *utilizando una escala de 10 puntos, donde 1 es peor que nunca y 10 ya no es un problema»*. Además de pedir a los clientes una valoración subjetiva de sus problemas actuales, el formulario también les pregunta cómo han sido capaces de realizar los cambios. El siguiente diálogo muestra cómo el terapeuta utiliza esta escala en la evaluación y durante el tratamiento.

UTILIZANDO LA ESCALA DÓNDE ESTÁS AHORA

Entrevista de evaluación

«En una escala del 1 al 10, donde 1 es peor que nunca y 10 ya no es un problema, ¿cómo calificarías tu **[introducir la conducta problema/de riesgo; por ejemplo, consumo de alcohol o drogas]** *hace un año y cómo la calificarías ahora?»*

En la evaluación, algunos clientes indican que sus problemas empeoraron antes de entrar a tratamiento (por ejemplo, de un 5 a un 2). En tales casos, el terapeuta puede preguntar: *«¿Cómo pasaste de un 5 hace un año a*

un 2 ahora?». Esta pregunta se dirige a que los clientes puedan explicar cómo empeoró su problema.

Otros clientes indican que sus problemas eran menos graves cuando entraron a tratamiento, porque ya habían dado algunos pasos para cambiar. En esos casos, el terapeuta puede preguntar: *«¿Cómo pasaste de un 2 hace un año a un 4 ahora?»*. Una pregunta útil para continuar es: *«¿Qué te llevaría de un* (# donde están ahora) *a un* (puntuación mayor #)*?»*. La respuesta del cliente a la pregunta anterior sugiere frecuentemente estrategias para el progreso posterior (por ejemplo, *«Podría funcionar que dejara de pasar por el bar de camino a casa»*).

Durante el tratamiento

Después de la sesión de evaluación, los terapeutas pueden utilizar la escala Dónde estás ahora para que los clientes comparen el número que eligieron en la sesión anterior con el número que han elegido ahora (por ejemplo, sesión 2 vs. evaluación, sesión 4 vs. sesión 2): *«Cuando viniste a tratamiento, te pedí que calificaras tu* **[introducir la conducta problema/de riesgo; por ejemplo, consumo de alcohol o drogas].** *De nuevo, utilizando la misma escala de 10 puntos, donde 1 es peor que nunca y 10 ya no es un problema, ¿cómo calificarías tu* **[introducir la conducta problema/de riesgo; por ejemplo, consumo de alcohol o drogas]** *hoy?»*

Para permitir que los clientes hablen sobre el proceso de cambio, los terapeutas pueden continuar preguntando:

«¿Cómo pasaste de un (# que indicó en la sesión anterior) *a un* (# ahora)?»

Otras preguntas para los clientes que han realizado cambios

- *«¿Qué ha cambiado?»*
- *«¿Cómo has sido capaz de realizar el cambio?»*
- *«¿Cómo te sientes con el cambio?»*
- *«¿Qué te llevaría a realizar más cambios?»*

Otras preguntas para clientes que no han cambiado o que han cambiado muy poco

- *«¿Qué obstáculos te has encontrado cuando intentabas cambiar?»*
- *«¿Qué piensas que tiene que suceder para que cambies?»*
- *«¿Dónde estarás dentro de unos años si no cambias?»*
- *«¿Qué sería diferente si cambiaras?»*

Línea base retrospectiva

La línea base retrospectiva (LBR), instrumento de evaluación psicométrico, es el principal instrumento de evaluación y resultados utilizado con consumidores de sustancias para obtener estimaciones retrospectivas del consumo diario de alcohol, drogas ilegales y tabaco (Agrawal et al., 2008; L. C. Sobell y Sobell, 2003). La LBR utiliza un autoinforme basado en un formato de calendario para que ayude a los participantes a recordar su consumo diario en un período de tiempo específico (es decir, número de días) antes y después del tratamiento. Un estudio reciente sugiere que, con propósitos clínicos, un período temporal de 3 meses puede utilizarse con poca o ninguna pérdida en la precisión de los datos en comparación con un período de 1 año (Vakili, Sobell, Sobell, Simco y Agrawal, 2008). La LBR y los materiales relacionados están disponibles online (http://www.nova.edu/gsc/online_files.html). Las fichas del terapeuta 3.2 y 3.3 contienen las instrucciones y ejemplos de calendarios para utilizar la versión escrita de LBR con clientes con problemas de alcohol y drogas, respectivamente. Como

se presenta en el capítulo 4, la información que se recoge en la LBR se utiliza en la sesión 1 para ofrecer *feedback* personalizado a los clientes sobre su consumo de alcohol y drogas anterior al tratamiento. Por ejemplo, se puede ofrecer *feedback* a los clientes sobre su consumo de alcohol en comparación con el consumo en adultos en la población general según el sexo (ficha del cliente 4.1). Se puede ofrecer *feedback* sobre la prevalencia del consumo de drogas por edades en 13 tipos distintos de drogas (consumo de cigarrillos, consumo de cocaína y crack, consumo de crack, consumo de alucinógenos, consumo de heroína, consumo de inhalantes, consumo de marihuana y hachís, consumo no médico de metanfetaminas, consumo no médico de OxyContin, consumo no médico de analgésicos, consumo no médico de sedantes, consumo no médico de estimulantes y consumo no médico de tranquilizantes; ficha del cliente 4.2). También se pueden generar otros tipos de *feedback* con la LBR, como determinados riesgos para la salud, cantidad de dinero que se gasta en alcohol y drogas durante un período de tiempo determinado, y el número de calorías ingeridas en las bebidas alcohólicas en un día normal cuando bebe.

Consumo de alcohol

El siguiente es un ejemplo del diálogo que pueden tener los terapeutas cuando piden a los clientes que completen el calendario de LBR para el consumo de alcohol.

> *«Para ayudarnos a valorar tu bebida, necesitamos tener una idea de cómo ha sido tu consumo de alcohol hasta hoy. Para ello, nos gustaría que completaras un calendario que muestra cuánto has bebido en los últimos* **[introducir #]** *días.*
>
> *Es fácil completar el calendario. Como puedes ver en este ejemplo* [mostrar el ejemplo de calendario de la ficha del terapeuta 3.2]*, los días que bebes deberás indicar el número total de bebidas que has tomado. Para ello, queremos que registres tu bebida en el calendario utilizando unidades de bebida. Utilizamos un formato de unidades de bebida porque las distintas bebidas alcohólicas tienen diferentes concentraciones de alcohol. En la parte superior del calendario tienes una gráfica de la unidad de bebida. Por ejemplo, si tomaste seis cervezas de 12 onzas, pondrías 6 ese día. Si tomaste dos o más clases distintas de bebidas alcohólicas en un día, como dos cervezas y tres vasos de vino, las sumarías y pondrías 5.*
>
> *El objetivo es tener una idea de la frecuencia con la que bebías, cómo bebías y los patrones de bebida. La idea es poner un número en cada día del calendario. Los días en los que no bebiste pondrás 0.*
>
> *Aunque sabemos que no es fácil recordar las cosas con el 100 por 100 de precisión, queremos que seas tan preciso como sea posible. Si no estás seguro de si bebiste siete o nueve bebidas un día, o si bebiste el jueves o el viernes, danos la respuesta más exacta. Lo importante es que siete o nueve bebidas es distinto de dos o veinticinco bebidas, y que siete o nueve es distinto que ninguna. Si tienes patrones regulares de bebida, como beber más ciertos días o en ciertos acontecimientos, puedes utilizar esa información para que te ayude a recordar tu bebida. Basándonos en lo que indiques, te daremos información sobre tu bebida a la hora de que la utilices a la hora de tomar decisiones más informadas sobre el cambio.*»

Consumo de drogas

Cuando se valora el consumo de drogas ilegales de forma retrospectiva, aunque los informes sobre la frecuencia de consumo tienen buena fiabilidad, no es así con respecto a la cantidad consumida. Además, la mayor parte de los clientes no conocen la potencia

real de las drogas ilegales que están consumiendo. Por ellos los informes de la LBR de las drogas ilegales se limitan a la frecuencia de consumo. El siguiente es un ejemplo del diálogo que los terapeutas pueden tener con los clientes en relación con la cumplimentación de la LBR de su consumo de drogas ilegales.

> *«Para ayudarnos a evaluar tu consumo de* **[introducir el nombre de la droga],** *necesitamos hacernos una idea de cuál era tu consumo hasta hoy. Para ello, nos gustaría que completaras un calendario mostrando tu consumo en los últimos* **[introducir #]** *días. Es fácil completar el calendario. El objetivo es tener una idea de la frecuencia con la que consumías drogas y si hay algún patrón para el consumo. La idea es poner un número en cada día del calendario. Como puedes ver en este ejemplo* [mostrar al cliente el ejemplo de calendario de la ficha del terapeuta 3.3], *los días que consumiste drogas (excepto para las drogas que hayan sido prescritas y tomadas bajo prescripción) queremos que pongas 1, y los días que no consumiste pones 0.*
>
> *Aunque sabemos que no es fácil recordar las cosas con el 100 por 100 de precisión, queremos que seas tan preciso como sea posible. Si tienes patrones regulares de consumo de drogas (por ejemplo, a diario o en fines de semana), puedes utilizar esta información para que te ayude a recordar tu consumo. Basándonos en lo que indiques, te ofreceremos información sobre tu consumo de drogas para que puedas utilizarla para tomar decisiones más informadas sobre el cambio.»*

Cuestionario breve de confianza situacional

El cuestionario breve de confianza situacional (*Brief Situational Confidence Questionnaire;* BSCQ) es un cuestionario psicométrico que evalúa la autoeficacia en resistir la tentación a consumir drogas o beber de manera excesiva (Breslin, Sobell, Sobell y Agrawal, 2000). El BSCQ, que se basa en versiones más largas de cuestionarios anteriores (*Situational Confidence Questionnaire*, SCQ-100; *Drug Taking Confidence Questionnaire*, DTCQ-50) (Annis y Davis, 1988; Sklar, Annis y Turner, 1997; Solomon y Annis, 1990), evalúa la confianza o autoeficacia del cliente ante ocho situaciones de alto riesgo basada en la clasificación de la recaída de Marlatt (Marlatt y Donovan, 2005). Para cada situación los clientes evalúan su confianza en resistir la tentación de consumir drogas o beber de forma excesiva en escalas del 0 por 100 (nada confiado) al 100 por 100 (muy confiado). En la clínica, el BSCQ se utiliza para identificar y resaltar las tres situaciones de mayor riesgo de consumo (es decir, las tres situaciones en las que los clientes tienen menos confianza en ser capaces de resistir la tentación de beber de forma excesiva o consumir drogas). Como se trata en el capítulo 4 y en la tabla 4.2, la información del BSCQ se utiliza para ofrecer *feedback* personalizado a los clientes en la sesión 2 (ficha del cliente 4.7) y en la sesión 4 (ficha del cliente 4.9). Existe un programa, que prepara de forma automática gráficos del BSCQ basados en las puntuaciones de los clientes en función de sus valoraciones sobre las ocho situaciones de alto riesgo, disponible online (http://www.nova.edu/gsc/online_files.html). En la evaluación, el terapeuta presenta las razones para pasar el BSCQ a los clientes de la siguiente forma.

> *«Este formulario te pregunta hasta qué punto confías ahora en que podrías resistir la tentación de beber de forma excesiva o consumir drogas en ocho tipos distintos de situaciones. Lo que queremos que*

*hagas es que pienses en cada situación y que evalúes hasta qué punto confías **en la actualidad** en que serías capaz de resistir la tentación de beber de forma excesiva o consumir drogas del 0 al 100, donde 0 es En absoluto seguro y 100 es Totalmente seguro.»*

UTILIDAD DE LOS EJERCICIOS PARA CASA

Desde la evaluación, una parte importante de la intervención de ACD son las tareas para casa. De hecho, las tareas para casa han sido durante muchos años un elemento fundamental en la mayor parte de las intervenciones cognitivo-conductuales. Aunque la investigación muestra una relación positiva entre la realización de las tareas para casa y los resultados del tratamiento (Burns y Spangler, 2000; Kazantzis, 2000), existe variabilidad en la realización por parte de los clientes de estas tareas (Kazantzis y Shinkfield, 2007). Algunos de los posibles factores que afectan a su realización son los beneficios que los clientes perciben que pueden tener por completar las tareas para casa y su confianza en realizarlas. La realización de las tareas para casa puede mejorarse si los terapeutas explican su lógica y la forma en que la tarea se relaciona con el problema por el que el cliente acude a tratamiento (Dies, 1992).

En nuestra experiencia, la mayoría de los clientes realizan la tarea si comprenden su lógica. Hemos comprobado que resulta útil explicar a los clientes que los ejercicios para casa pueden acelerar su éxito con el cambio, porque así estarán trabajando a favor del cambio fuera de las sesiones. Una manera útil de empezar la discusión sobre las tareas para casa es preguntar a los clientes: *«¿Por qué crees que utilizamos ejercicios para casa?»*. Esto puede llevar a los clientes a expresar las razones por las que son importantes las tareas para casa, y el terapeuta puede añadir después otras razones que no hayan mencionado los clientes. El siguiente es un ejemplo de un diálogo que podrían utilizar los terapeutas para explicar la importancia de las tareas para casa.

«Las tareas para casa y los autorregistros se dirigen a ayudarte de varias formas. Te pueden ayudar a entender mejor el enfoque del tratamiento. Pueden ofrecerte feedback *sobre las conductas que quieres cambiar. Permiten que tomes un papel activo en el cambio y que valores tu progreso y te ayudan a prepararte para cada sesión. La razón por la que te pedimos que realices los ejercicios para casa fuera de las sesiones es que hemos comprobado que este esfuerzo extra ayuda a que las personas cambien.»*

En el estudio GRIN (L. C. Sobell et al., 2009) los terapeutas registraban si los clientes realizaban sus tareas para casa y autorregistros antes de las sesiones. A lo largo de todas las sesiones, más del 90 por 100 realizaron ambas tareas, independientemente de si estaban en una terapia individual o de grupo. Es interesante que, para las cuatro sesiones, los clientes indicaban que habían empleado de media casi 6 horas (media = 5,7) fuera del tratamiento en realizar los ejercicios para casa y los autorregistros. Además, al final de las cuatro sesiones de ACD alrededor del 90 por 100 de los clientes indicaban que los ejercicios para casa y las lecturas eran útiles o muy útiles.

TAREAS PARA CASA ASIGNADAS A LOS CLIENTES EN LA SESIÓN DE EVALUACIÓN

En la evaluación se asignaban a los clientes tres tareas para casa: 1) registros de autoobservación; 2) ejercicio de balance decisional, y 3) valoraciones de metas.

Autorregistros

El uso de autorregistros del consumo de alcohol y drogas comienza en la evaluación y continúa a lo largo del tratamiento. En las fichas de los clientes 3.2. y 3.3 se muestran, respectivamente, ejemplos, autorregistros en blanco e instrucciones para registrar el consumo de alcohol y drogas. Los autorregistros del consumo de alcohol también contienen una tarjeta de unidades de bebida. También pueden registrarse otros aspectos del consumo de alcohol y drogas (por ejemplo, deseo de consumo, situaciones en las que ocurre el consumo o pensamientos cuando consumen). Los autorregistros de las fichas del cliente 3.2 y 3.3, respectivamente, pueden fotocopiarse y ponerse en un pequeño cuadernillo. Deberían incluirse múltiples copias de autorregistros en blanco para que los clientes tengan suficientes páginas en las que registrar su consumo durante el tratamiento.

Además de recoger información sobre el consumo de sustancias, los autorregistros sirven para múltiples propósitos: 1) ofrecen la oportunidad de que los clientes hablen de forma abierta y honesta al comienzo de cada sesión sobre su consumo de alcohol o drogas desde la última sesión; 2) fomentan que los clientes asuman la responsabilidad de realizar cambios fuera del lugar donde se lleva a cabo el tratamiento, y 3) ofrecen información que los terapeutas pueden utilizar para dar *feedback* a los clientes sobre sus cambios en el consumo de alcohol y drogas a lo largo del tratamiento (véase capítulo 4; tabla 4.1, línea base retrospectiva; y fichas del cliente 4.3 y 4.4). La importancia de tener una visión del consumo de sustancias a lo largo del tratamiento es que permite que un consumo esporádico se ponga en perspectiva (es decir, como *un pequeño bache en el camino* vs. una *espiral*). Además, los terapeutas pueden utilizar la escucha reflexiva para resaltar los cambios que se dan, preguntando a los clientes cómo han sido capaces de estar abstinentes o reducir el consumo de sustancias desde la última sesión. El siguiente es un ejemplo de diálogo que muestra cómo el terapeuta podría introducir los autorregistros en la sesión de evaluación.

> *«Este cuadernillo contiene autorregistros donde los clientes registran su consumo de alcohol o drogas y los deseos de consumir durante el programa de tratamiento. Nos gustaría que completaras los autorregistros todos los días y que los trajeras contigo, ya que los revisaremos al comienzo de cada sesión. Las instrucciones de los autorregistros están en la primera página del cuadernillo. También hay un ejemplo para mostrarte cómo se completa. Los días que consumiste, anota un 1. Si no consumiste drogas un día, entonces pon un 0 ese día. Además, registra cualquier deseo de consumo que hayas experimentado, y anota los lugares donde consumiste o donde experimentaste deseos de consumo. Lo más importante es que te tomes algún tiempo y que completes tus autorregistros antes de cada sesión. El autorregistro es*

fácil de completar y sólo te llevará 5 minutos al día. ¿Qué te parece?»

Con los clientes consumidores de alcohol y drogas, el terapeuta podría empezar las sesiones diciendo: *«Veamos tus autorregistros. ¿Cómo fue la semana?»*

Ejercicio de balance decisional

La segunda tarea que se da a los clientes en la evaluación, pidiéndoles que la completen y traigan a la sesión 1, es un ejercicio de balance decisional (ficha del cliente 3.1). Este ejercicio, que se ha utilizado en los estudios de tratamiento durante muchos años (*Center for Substance Abuse Treatment*, 1999; Janis y Mann, 1977; Mann, 1972), es un instrumento motivacional que ayuda a los clientes a valorar, de una forma escrita y estructurada, los pros y contras de cambiar o de no cambiar una conducta de riesgo. Cuando damos a los clientes un ejercicio de balance decisional, en un tratamiento individual o grupal, se les dice que completar la tarea les ayudará a tener una idea de *las cosas buenas* y *menos buenas* de su consumo de alcohol o drogas y a comprender por qué podrían estar indecisos sobre el cambio. Mirar los pros y los contras al mismo tiempo puede ofrecer una visión distinta a ver los costes y beneficios de forma independiente.

El ejercicio de balance decisional, que sirve como marco para discutir la conducta de cambio y los obstáculos potenciales para el cambio, es útil también para planificar el tratamiento y fijar las metas. En el capítulo 4 se aborda cómo se utiliza el ejercicio de balance decisional ya completado. Al explicar la tarea de balance decisional a los clientes en la evaluación, los terapeutas pueden presentar su lógica de la siguiente forma:

> *«Esta tarea para casa es lo que llamamos un* ***ejercicio de balance decisional,*** *y lo que me gustaría que hicieras es completarlo en casa y traerlo en la próxima sesión. Pretende ayudarte a ver todos los costes y beneficios de cambiar tu consumo de alcohol/drogas. Para ello, te pedimos que hagas una lista de las cosas buenas y menos buenas de cambiar, así como de las cosas buenas y menos buenas de no cambiar. Como ves, hay un ejemplo ya completo para darte una idea de cómo realizar este ejercicio.»*

Valoraciones de los objetivos

Los clientes completan valoraciones de los objetivos en muchas ocasiones a lo largo del tratamiento (M. B. Sobell y Sobell, 1986-1987, 1993a, 2005). Estos ejercicios de objetivos les permiten elegir sus propias metas cuando no están contraindicadas y valorar la importancia de su objetivo y su confianza de que lo conseguirán.

Desde el punto de vista del tratamiento efectivo, Miller y Rollnick (2002) hablan de por qué la elección de la meta es importante:

> El hecho es que no puedes imponer tus objetivos a un paciente. Puedes ofrecerles el mejor consejo, pero el paciente siempre es libre de aceptarlo o ignorarlo. Discutir e insistir es probable que provoque más una actitud defensiva que un acuerdo. De nuevo, tiene poco sentido trabajar dentro de una estrategia de entrevista motivacional (involucrando primero al paciente), sólo para alienar al paciente con un estilo

> prescriptivo rígido (al negociar los objetivos del tratamiento). Es mucho mejor, creemos, mantener una fuerte alianza de trabajo con el paciente, y comenzar con los objetivos para los que está más dispuesto. Si estos objetivos son equivocados, rápidamente se pondrán en evidencia (p. 120).

Valoración del objetivo de abstinencia (ficha del cliente 3.4)

Aunque estamos muy de acuerdo con Miller y Rollnick (2002) sobre la importancia de la elección del objetivo, no podemos ignorar también el hecho de que hay situaciones en las que cualquier objetivo que no sea la abstinencia está contraindicado por razones médicas, legales o sociales. Aunque la investigación ha mostrado que los clientes con problemas de alcohol eligen finalmente sus propias metas, independientemente del consejo de terapeuta (Foy, Nunn y Rychtarik, 1984; Sanchez-Craig, 1980; Sanchez-Craig et al., 1984; M. B. Sobell y Sobell, 1995), lo que aconsejamos es abordar este tema utilizando un estilo de entrevista motivacional, que es más probable que reduzca la resistencia.

Se recomienda un objetivo de abstinencia en los siguientes individuos (Kahan, 1996; M. B. Sobell y Sobell, 1993a): 1) consumidores de drogas ilegales; 2) aquéllos con restricciones legales en su consumo de alcohol (por ejemplo, derivados por el sistema judicial, en libertad condicional); 3) aquéllos por debajo de la edad legal de consumo; 4) aquellos que tienen problemas mé dicos que podrían exacerbarse con el alcohol; 5) aquellos que toman medicamentos en los que está contraindicado el consumo de alcohol; 6) mujeres embarazadas, que están intentando quedarse embarazadas o que están amamantando, y 7) aquellos que están en una situación social en la que esté contraindicado el consumo de alcohol (por ejemplo, la bebida podría provocar un divorcio). Los clientes con contraindicaciones para el consumo de alcohol o drogas deberían ser advertidos por sus terapeutas de que la abstinencia es el objetivo de tratamiento recomendado. En la evaluación, a estos clientes se les da la ficha del cliente 3.4 *(Valoración del objetivo de abstinencia)* como tarea para casa. Este ejercicio no pide a los clientes una especificación del objetivo, sino que seleccionen la casilla que dice que su meta es no consumir alcohol o no consumir drogas. Además, este formulario de valoración pide al cliente que responda dos preguntas que evalúan su motivación con respecto al objetivo: 1) *«En este momento, ¿hasta qué punto es importante para ti conseguir este objetivo?»* (0 es no es importante en absoluto, y 100 es lo más importante que me gustaría conseguir ahora en mi vida), y 2) *«En este momento, ¿qué confianza tienes de conseguir este objetivo?»* (0 es No creo que pueda conseguir mi objetivo, y 100 es Definitivamente creo que puedo conseguir mi objetivo). Una forma de introducir estas valoraciones de objetivos es decir: *«Lo siguiente que nos gustaría que completaras en casa y trajeras para la próxima sesión es una valoración del objetivo. Nos gustaría que valoraras la importancia de esta meta y la confianza que tienes en conseguirla».*

Valoración del objetivo Consumo controlado de alcohol de bajo riesgo (ficha del

cliente 3.5)

A los clientes con un problema de alcohol que no tienen contraindicaciones para su consumo (por ejemplo, médicas, legales, sociales o de edad) se les ofrece que puedan elegir el objetivo (es decir, abstinencia o consumo de alcohol de bajo riesgo). A estos clientes se les da la ficha del cliente 3.5 y se les pide que la completen y traigan a la sesión 1. A los clientes que eligen objetivos de bajo riesgo se les pide que especifiquen los parámetros de sus objetivos de bebida en el formulario (por ejemplo, número de días de bebida a la semana, cantidad de copas por día de bebida, o condiciones específicas en las que beberán o no). Como con la valoración del objetivo de abstinencia, para el objetivo de consumo de alcohol de bajo riesgo se les pide a los clientes que valoren la importancia de sus objetivos y su confianza en conseguirlos. El siguiente diálogo es un ejemplo que muestra cómo los terapeutas pueden introducir la valoración del objetivo con los clientes con problemas de alcohol en los que no está contraindicada la bebida de bajo riesgo.

> *«Lo siguiente que nos gustaría que completaras en casa y trajeras a la próxima sesión es una valoración del objetivo. Queremos que selecciones el objetivo que pienses que es el mejor y más realista para ti. En la próxima sesión revisaremos tu objetivo. Además, en la segunda página nos gustaría que valoraras la importancia de tu objetivo y la confianza que tienes en conseguirlo. Las metas son flexibles; así, si en algún momento decides que este objetivo no está funcionando contigo, puedes cambiarlo. Lo importantes es que tú estás eligiendo tu meta. Si funciona, recibes el mérito por tu trabajo. Si no funciona, podemos ver qué está pasando en el camino al objetivo y cuál es el siguiente paso.»*

Otro ejemplo de valoración del establecimiento de objetivos para el consumo de alcohol puede encontrarse en el folleto *How to Cut Down on Your Drinking*, publicado por el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (1996).

Con los clientes para los que no está contraindicada la bebida de bajo riesgo, la importancia de haber completado una valoración del objetivo antes de la sesión 2 es que permite que el terapeuta conozca los objetivos del cliente antes de que el cliente reciba pautas de bebida por parte del terapeuta. Aunque la mayoría de los clientes que quieren un objetivo de bebida de bajo riesgo indican límites de cantidad y frecuencia bajos (es decir, no más de dos o tres bebidas en no más de 3 o 4 días a la semana) (L. C. Sobell et al., 2009; M. B. Sobell y Sobell, 1993a), algunos indican cantidades superiores a las pautas recomendadas. El hecho de que los clientes completen la valoración del objetivo antes de abordarlo en la sesión 1 reduce la probabilidad de que intenten complacer al terapeuta (es decir, tener un objetivo no realista).

La forma de fijar el objetivo en el modelo de tratamiento de ACD es consistente con las conclusiones basadas en la evidencia que propusimos en un editorial de la revista *Addiction* (M. B. Sobell y Sobell, 1995). Ese editorial fue objeto de 11 comentarios publicados simultáneamente por expertos en el ámbito. Aunque algunos comentarios no eran favorables a que los clientes eligieran el objetivo (por ejemplo, Hore, 1995), ninguno estuvo en desacuerdo con las siguientes conclusiones:

1. Las recuperaciones de los individuos que han sido severamente dependientes del alcohol implican predominantemente la abstinencia.
2. Las recuperaciones de los individuos que no han sido severamente dependientes del alcohol implican predominantemente la reducción de la bebida.
3. La relación del tipo de resultado y la severidad de la dependencia parece ser independiente del consejo dado en el tratamien to (M. B. Sobell y Sobell, 1995, p. 1149).

En otras palabras, la idea de que el terapeuta especifica los objetivos de tratamiento de los clientes, y de que entonces los clientes siguen estos objetivos, es una *ilusión del terapeuta.* Los clientes parecen reducir o parar su consumo de sustancias basándose más en la gravedad de sus problemas que en el consejo del terapeuta. Como los clientes son los que en definitiva eligen sus propias metas, incorporamos la elección del objetivo en el modelo de tratamiento de ACD cuando sea posible (es decir, cuando no está contraindicado). La elección del objetivo también es consistente con la teoría cognitivo-social de Bandura, que indica que las personas estarán más comprometidas con los objetivos cuando los eligen por sí mismas que cuando los marcan otros.

TERMINANDO LA SESIÓN DE EVALUACIÓN: ¿QUÉ DESTACÓ?

Al final de cada sesión, y antes de planificar la siguiente sesión, se les pregunta a todos los clientes lo siguiente: *«Hoy hemos hablado sobre muchas cosas. Si tuvieras que resaltar una o dos cosas, ¿cuáles serían?»*. Se utiliza esta pregunta porque permite que los clientes tomen la palabra sobre lo que ha ocurrido en la sesión. Nuestra experiencia es que las respuestas de los clientes son con frecuencia esclarecedoras e incluso a veces sorprendentes. También es frecuente que los clientes indiquen en la sesión de evaluación que lo principal es el estilo de entrevista motivacional que utilizó el terapeuta (por ejemplo, *«No me he sentido juzgado»* o *«Fui escuchado»*).

RESUMEN

El modelo de tratamiento de ACD ve la evaluación tanto como el comienzo del tratamiento como un proceso de recogida de información. Desde la evaluación, los terapeutas utilizan un estilo de entrevista motivacional para interactuar con los clientes, para recoger información y para expresar empatía, lo que a su vez lleva a desarrollar una alianza de trabajo con los clientes. Se enfatiza la utilización de instrumentos de evaluación que puedan ofrecer a los clientes *feedback* e información con la que tomar mejores deci siones informadas. En el siguiente capítulo se presentan ejemplos de diálogos que ilustran cómo presentar *feedback* personalizado utilizando las medidas y cuestionarios de evaluación. Finalmente, también se abordaron las tareas para casa, que se dan en la evaluación como una forma de facilitar el tratamiento y fomentar que los clientes asuman la responsabilidad de guiar su propio cambio.

OBJETIVOS, MATERIALES NECESARIOS, PROCEDIMIENTOS Y FICHAS PARA EL CLIENTE

Sesión de evaluación para la terapia grupal e individual

FICHA T 3.1

OBJETIVOS DE LA SESIÓN [1]

- Recoger información sobre los antecedentes y la historia de consumo de sustancias.
- Recoger información que se pueda utilizar para ofrecer *feedback* durante el tratamiento.
- Describir el estilo de tratamiento.
- Asignar tareas para casa y dar instrucciones para la sesión 1.

MEDIDAS DE EVALUACIÓN

- Núcleo de la evaluación: Información sobre los antecedentes e historia del problema (determinada por la agencia o el terapeuta).
- Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT; apéndice A).
- Test de Evaluación de Consumo de Drogas, versión de 10 ítems (DAST-10; apéndice B).
- Línea Base Retrospectiva (ficha del terapeuta 3.2 para el consumo de alcohol; ficha del terapeuta 3.3 para el consumo de drogas).
- Cuestionario de la Historia de Consumo de Drogas (DUHQ; apéndice C) y tarjetas.
- Regla de preparación.
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional (BSCQ; apéndice D).
- Escala Dónde estás ahora (ficha del cliente 3.6).
- Ejercicio de balance decisional (ficha del cliente 3.1).
- Valoración del objetivo (abstinencia: ficha del cliente 3.4; bebida controlada de bajo riesgo: ficha del cliente 3.5).
- Autorregistros (consumo de alcohol: ficha del cliente 3.2; consumo de drogas: ficha del cliente 3.3).
- Introducción para los grupos (ficha del cliente 5.1 para los clientes que participarán en la terapia de grupo).

VISIÓN GENERAL DE LA SESIÓN DE EVALUACIÓN

- Introducción, confidencialidad y consentimiento informado para el tratamiento.
- Explicar los principales aspectos del tratamiento como se muestra más abajo (por ejemplo, ACD: tiempo limitado con sesiones adicionales si se necesitan; ejercicios para casa y autorregistros que se tienen que realizar fuera de las sesiones; *feedback* de

las medidas de evaluación; aprender a utilizar un estilo de solución de problemas para abordar los problemas; asumir la responsabilidad de cambiar y dirigir nuestro propio plan de cambio).

> *«El programa de autocambio dirigido te ayuda a dirigir tu propio cambio y está diseñado para que asumas la responsabilidad de tu propio cambio. Aprenderás cómo utilizar un enfoque de solución de problemas para afrontar tu consumo de alcohol y drogas y otros problemas. Como parte del programa, te vamos a pedir que realices algunas lecturas breves y ejercicios para casa y que registres tu consumo de alcohol y drogas y los deseos de consumir. Cuando las personas trabajan algunos aspectos fuera de las sesiones y los traen, les ayuda a acelerar el cambio. Por ello es muy importante realizar los ejercicios para casa. El programa consta de cuatro sesiones semiestructuradas, más la sesión de hoy de evaluación. En la cuarta sesión revisaremos tu progreso, y podrás decidir entonces si te gustaría recibir más sesiones. Un mes después de la última sesión te llamaré para ver cómo te va.»*

- Objetivo de la evaluación: recoger información de los problemas que presenta.
- Para los clientes que participarán en la terapia de grupo, discutir cualquier preocupación relativa a estar en una terapia de grupo.
- Final de la entrevista de evaluación: preguntar qué destacó hoy, resolver dudas y planificar la siguiente sesión.

PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

- Introducción: comenzar con una discusión abierta que utilice un enfoque motivacional y preguntar qué trajo al cliente al tratamiento y las expectativas sobre el tratamiento, y explicar en qué consiste la sesión de evaluación y lo que dura.
- Explicar y obtener el consentimiento informado para el tratamiento.
- Completar el núcleo de la evaluación, que incluye aspectos demográficos e historia del consumo de sustancias y de los problemas (determinado por la agencia o el terapeuta).
- Completar el AUDIT, DAST-10, DUHQ, BSCQ, la regla de preparación y la escala Dónde estás ahora.
- Completar una línea base retrospectiva de 90 días antes del tratamiento del consumo de alcohol y drogas.

FICHAS DEL CLIENTE

- Ejercicio de balance decisional.
- Valoración del objetivo.
- Autorregistros.

DISCUTIR CON LOS POTENCIALES MIEMBROS DE LA TERAPIA DE GRUPO

- Hacer una introducción a la ficha de grupos.
- Discutir las reglas del grupo, incluyendo la confidencialidad.

- Todos los miembros tienen que participar de forma regular y compartir la información sobre sí mismos.
- Los miembros tienen que ofrecer *feedback* y apoyo al resto de los miembros.
- La investigación ha demostrado que los grupos son tan efectivos como la terapia individual.

COMPLETAR ANTES DE LA SESIÓN 1

- Preparar *feedback* personalizado del consumo de alcohol (ficha del cliente 4.2) o drogas (ficha del cliente 4.3) o, cuando sea el caso, de ambos.
- Preparar un gráfico personalizado del BSCQ para la sesión 2 (ficha del cliente 4.7).
- Para los clientes de terapia de grupo, hacer suficientes copias de la ficha del cliente 5.1 para distribuirlas a todos los miembros en la primera sesión de grupo.

NOTAS

1 De la obra Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar estas fichas a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase la página de copyright para más detalles).

INSTRUCCIONES DE LA LÍNEA BASE RETROSPECTIVA Y EJEMPLO DE CALENDARIO DE CONSUMO DE ALCOHOL

FICHA T 3.2

(Descargar o imprimir)

Para hacernos una idea de cómo era tu consumo de alcohol en los últimos días, nos gustaría que completaras el calendario adjunto.

PARA EMPEZAR [2]

1. Escribe la **FECHA DE HOY** y la **FECHA DE AYER** en la parte superior del calendario.
2. **Pon una X en la FECHA DE HOY,** pero **no** pongas el número de bebidas para «hoy» ni para cualquier día después de hoy.
3. Empieza en **AYER,** escribiendo el **número de unidades de bebida** que tomaste **cada día** que figura en el calendario. El día que no bebiste **nada de alcohol, anota «0».**
4. Abajo tienes una **conversión de unidades de bebida** que te hará más fácil el registro de tu bebida.

EJEMPLO DE CALENDARIO

Escribe la fecha de ayer y hoy

ID: 9-999

Fecha de hoy: *22 de junio de 2015*

Fecha de comienzo: (día 1) 31/05/15

Fecha final: (ayer): *21 de junio de 2015*

CALENDARIO DE LÍNEA BASE RETROSPECTIVA

Por favor, lee las instrucciones antes de completar el calendario.

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

30-mayo	31-mayo	1-junio	2-junio	3-junio	4-junio	5-junio
	Memorial Day *3*	*1*	*0*	*0*	*3*	*1*
6-junio	7-junio	8-junio	9-junio	10-junio	11-junio	12-junio
2	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*4*
13-junio	14-junio	15-junio	16-junio	17-junio	18-junio	19-junio
0	*0*	*01*	*0*	*0*	*0*	*1*
20-junio	21-junio	22-junio	23-junio	24-junio	25-junio	26-junio
2	*0*	*X*				

Pon una X hoy, y completa todos los días ANTERIORES.

QUÉ COMPLETAR

- Cuando bebiste, pondrías el número de unidades de bebida que tomaste ese día.
- Cuando no bebiste, pondrías un «0».
- LO IMPORTANTE ES PONER ALGO CADA DÍA, AUNQUE SEA «0».

QUEREMOS QUE REGISTRES TU BEBIDA EN EL CALENDARIO UTILIZANDO UNIDADES DE BEBIDA

Por ejemplo

- Para ayudarte, queremos que utilices una conversión de unidades de bebida:

1 unidad de bebida =
Una cerveza de 12 onzas (5 por 100 de volumen de alcohol).
Un vaso de vino de 5 onzas (11-12 por 100).
1½ onzas de bebidas destiladas (40 por 100).
1½ onzas de bebidas destiladas en un combinado (40 por 100).

- Si tomaste seis cervezas de 12 onzas, pon **6** ese día.
- Si bebiste más de un tipo de bebida alcohólica un día, como dos cervezas de 12 onzas y 3 vasos de vino de 5 onzas, pondrías **5** ese día.
- **Las vacaciones** están marcadas en el calendario para ayudarte a recordar tu bebida. También puedes pensar cuánto bebiste en días de acontecimientos personales, como en cumpleaños, vacaciones y fiestas.

TU MEJOR ESTIMACIÓN

- **¡Rellenar el calendario es complicado!**
- Si no estás seguro de si tomaste tres o seis bebidas, o si bebiste el jueves o el viernes, da tu mejor estimación.
- **Sabemos que las personas no tienen un recuerdo perfecto. Intenta sólo ser tan preciso como sea posible.**

NOTAS

2 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase la página de copyright para más detalles).

INSTRUCCIONES DE LA LÍNEA BASE RETROSPECTIVA Y EJEMPLO DE CALENDARIO PARA EL CONSUMO DE DROGAS

FICHA T 3.3

(Descargar o imprimir)

Droga principal por la que viniste a tratamiento

- Las siguientes preguntas se refieren al consumo de la droga principal por la que viniste a tratamiento. **Cuando ves la palabra droga,** se refiere a la droga principal por la que viniste a tratamiento.
- Para hacernos una idea de tu consumo de drogas en los ***últimos días*** nos gustaría que completaras el calendario adjunto.
- La idea es que para **cada día** del calendario queremos que indiques si consumiste o no consumiste la droga principal por la que viniste a tratamiento.

PARA COMENZAR [3]

1. Escribe la **FECHA DE HOY** y la **FECHA DE AYER** en la parte superior del calendario.
2. **Pon una X en la FECHA DE HOY,** pero **no** pongas ningún número para «hoy» o cualquier día después de hoy.
3. Empieza en **AYER,** ve al calendario

   a) Los días que **no consumiste drogas,** pon «**0**» en la casilla.
   b) Los días que **consumiste drogas,** pon «✓» en la casilla.

EJEMPLO DE CALENDARIO

Escribe la fecha de ayer y hoy

ID: 9-999 **Fecha de hoy:** *2 de octubre de 2015*

Fecha de comienzo: (día 1) 03/09/15 **Fecha final: (ayer):** *1 de octubre de 2015*

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

			1-sept.	2-sept.	3-sept.	4-sept.
					0	*0*
5-sept.	6-sept.	7-sept.	8-sept.	9-sept.	10-sept.	11-sept.
0	Día del trabajo ✓	✓	✓	*0*	*0*	✓
12-sept.	13-sept.	14-sept.	15-sept.	16-sept.	17-sept.	18-sept.
✓	✓	*0*	✓	✓	*0*	✓
19-sept.	20-sept.	21-sept.	22-sept	23-sept	24-sept	25-sept
✓	*0*	*0*	*0*	*0*	✓	✓
26-sept.	27-sept.	28-sept.	29-sept.	30-sept.	1-oct.	2-oct.
0	*0*	✓	*0*	*0*	*0*	*X*

Para todos los días, pon «✓» si consumiste drogas un día determinado o «0» si no consumiste drogas.

QUÉ COMPLETAR

- Cuando consumiste la droga principal por la que viniste a tratamiento:

  — Los días que **no consumiste drogas,** pon «**0**» en la casilla.
  — Los días que **consumiste drogas,** pon «✓» en la casilla.

- **LO IMPORTANTE ES PONER ALGO CADA DÍA, AUNQUE SEA «0».**
- **Las vacaciones** están marcadas en el calendario para ayudarte a recordar el consumo de drogas. También puedes pensar en tu consumo en relación con acontecimientos personales como cumpleaños, vacaciones y fiestas.

TU MEJOR ESTIMACIÓN

- **¡Rellenar el calendario es complicado!**
- Si no estás seguro de si consumiste drogas un día, o si consumiste el jueves o el viernes, da tu mejor estimación.
- **Sabemos que las personas no tienen un recuerdo perfecto. Sólo intenta ser tan preciso como sea posible.**

NOTAS

[3] Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en Group Therapy for Substance

Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase la página de copyright para más detalles).

EJERCICIO DE BALANCE DECISIONAL | FICHA C 3.1

La conducta que estoy pensando en cambiar es:

TOMAR DECISIONES [4]

Cuando las personas toman decisiones, miran los **costes y beneficios** de las elecciones que hacen. **Recuerda que es frecuente tener sentimientos ambivalentes cuando se toman decisiones.**

BALANCE DECISIONAL

Muchas personas cambian por su cuenta. Cuando se les pregunta que les hizo cambiar, a menudo dicen que sólo **«pensaron en ello», queriendo decir que valoraron las consecuencias de su conducta actual y de cambiar antes de tomar una decisión final.**

Puedes hacer lo mismo con los costes de cambiar, por un lado, y los beneficios de cambiar, por otro. Este ejercicio te ayudará a ver las cosas buenas y menos buenas de cambiar.

Para cambiar, la balanza necesita inclinarse para que los costes superen a los beneficios.

Todo el tiempo valoramos los pros y los contras; por ejemplo, cuando cambiamos de trabajo o decidimos mudarnos o casarnos.

EJEMPLO: EJERCICIO DE DECISIÓN DE CAMBIO

Algo que ayuda a las personas cuando piensan en cambiar es enumerar los beneficios

y los costes de cambiar o continuar con su conducta actual. Observar la lista completa de costes y beneficios puede hacer más fácil decidir si deberías cambiar. Abajo tienes un ejemplo de un ejercicio de decisión de cambio.

	Cambiar	No cambiar
Beneficios de	• Más control sobre mi vida. • Apoyo de la familia y amigos. • Menos problemas laborales. • Mejor salud y finanzas.	• Más relajado. • Más diversión en las fiestas. • No tener que pensar en mis problemas.
Costes de	• Más estrés/ansiedad. • Sentirme más deprimido. • Más aburrimiento. • Problemas de sueño.	• Desaprobación de los amigos/familia. • Problemas de dinero. • Hacer daño a los más cercanos. • Aumentar los riesgos de salud.

EJERCICIO DE DECISIÓN DE CAMBIO: ES TU TURNO

(Descargar o imprimir)

Completa los costes y beneficios de cambiar o no. Compáralos y pregúntate: **¿merecen la pena los costes?**

	Cambiar	No cambiar
Beneficios de		
Costes de		

ES TU DECISIÓN

(Descargar o imprimir)

La siguiente página te pide que enumeres las razones más importantes por las que quieres cambiar. **Eres tú el que debe decidir lo que inclinará la balanza a favor del cambio.**

La razón más importante por la que quiero cambiar es:

_____

_____

_____

Si alguien te diera 5 millones de euros por cambiar la conducta que estás pensando cambiar sólo durante un día, ¿cambiarías? ¿Por qué?

¿Qué pasos tendrías que dar para conseguir cambiar y recibir los 5 millones de euros?

NOTAS

4 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase la página de copyright para más detalles).

AUTORREGISTROS DEL CONSUMO DE ALCOHOL
Observando tu consumo de alcohol

FICHA C 3.2

La AUTO-OBSERVACIÓN es una parte importante de este programa. Puede ayudarte a:

- Registrar tu bebida de forma más precisa, porque anotas lo que bebes con más frecuencia.
- Valorar el progreso hacia tus objetivos. Aunque no bebas, anotas «0» ese día.
- Identificar situaciones de alto riesgo viendo los días que has bebido de forma excesiva. Esta información permite que tú y tu terapeuta desarrolléis mejores estrategias de afrontamiento y alternativas para las situaciones problemáticas de bebida.
- Identificar situaciones en las que no bebiste o controlaste la bebida.[5]

Aunque la auto-observación puede parecer una pérdida de tiempo, registrar ciertas actividades no es algo inusual. Atletas, vendedores, corredores de bolsa y otros profesionales hacen un seguimiento de su progreso. **Hacer un seguimiento de tu conducta puede ayudarte a conseguir tus obJetivos.**

Aunque la auto-observación requiere algún tiempo y compromiso, los clientes que han auto-observado su bebida indican que les ayuda a comprender cuánto beben y qué situaciones están relacionadas con la bebida.

- Queremos que hagas un seguimiento de tu bebida diaria y que **traigas los registros a cada sesión.**
- Es importante que hagas registros precisos. **No hay registros buenos o malos.**
- La auto-observación tiene la intención de **ayudarte a ti** y **a tu terapeuta a ver cómo estás cambiando.**

INSTRUCCIONES

Recuerda traer tus registros completos en la siguiente cita

En la parte superior de la hoja escribe tu nombre y meta de tratamiento en los espacios correspondientes. Si estás observando tu consumo de drogas o alcohol, escribe el nombre de la droga en el espacio correspondiente.

Cada día

- Empezando el día de la evaluación, anota la **fecha** en la primera columna, en la línea

que corresponde al día de la semana. Por ejemplo, si te han visto el miércoles, 9 de noviembre, anota 9 nov. en la línea que tiene el miércoles en la primera columna.

- A continuación calcula el número de copas que tomaste ese día e incluye **cerveza, destilado y vino.** Después suma el número de copas al final de cada día y anota esta cantidad en la columna **n.º total de bebidas.** Si no bebes un día, anota «0» en la columna de ese día. Al final de la semana, indica en ese espacio el número total que tomaste esa semana.
- Si consumiste otra droga ese día, anota **«Y»** para sí en la columna **¿Consumiste otra droga?** Si no consumiste otra droga un día, anota **«N»** para no en esa columna.
- En la siguiente columna, **¿Te causó problemas la bebida?,** responde con **«Y»** para sí o **«N»** para no.
- En la columna **¿Algún deseo de beber?,** responde **«Y»** para sí o **«N»** para no.
- En la columna **¿Situaciones relacionadas con el consumo de alcohol o deseos de beber?,** indica dónde estabas y con quién cuando bebiste alcohol o sentiste deseos de beber. En la última columna puedes anotar **Lo que pensabas o sentías,** relacionado con la bebida o los deseos de beber. Utiliza la parte de atrás de cada hoja de registro para poner notas adicionales relacionadas con la bebida.

En la siguiente página tienes un registro completado. Para aumentar la precisión del registro es importante que lo registres cada día, en lugar de intentar recordarlo al final de la semana.

Registro de bebida	1 unidad de bebida =

Conversiones de unidad de bebida

Vino
1 botella (25 oz./750 ml) = 5 bebidas
1 botella (40 oz./1,14 L) = 8 bebidas
1 botella de vino dulce (25 oz.) = 8 bebidas

12 oz. de cerveza
(5 %)

1½ oz. de destilado
(whisky, ginebra)

Destilado
1 medio (16 oz./480 ml) = 11 bebidas
1 quinto (25 oz./750 ml) = 17 bebidas
1 cuarto (40 oz./1,14 L) = 27 bebidas

5 oz. de vino de mesa
(12 %)

3 oz. de vino dulce
(20 %)

EJEMPLO DE AUTORREGISTRO DIARIO DE ALCOHOL

Nombre: *John Smith*
Año: *2015*
Objetivo: *Media 2 bebidas/día, 2 días/semana; límite 3 bebidas/día 2/mes*
Droga secundaria: *Marihuana*

Fecha	**Total de bebidas**	**¿Era una droga secundaria?**	**¿Te causó problemas la bebida?**	**¿Algún deseo de beber?**	**Situaciones relacionadas con el consumo de alcohol o el deseo de beber (Indica todas las que se aplican)**				**Cuando tenías deseos d beber o habías bebido, ¿qué pensaba o sentías**
Anota mes y día	Si no bebiste este día, anota «0»	S = Sí N = No	S = Sí N = No	S = Sí N = No	Solo	Con otros	Lugar privado	Lugar público	
Lunes *4 ene.*	*0*	*N*	*N*	*N*					
Martes *5 ene.*	*0*	*N*	*N*	*N*					
Miércoles *6 ene.*	*1*	*S*	*N*	*N*					*Aburrido en casa. Tomé 1 cerveza. Fumé un porro después c cenar.*
Jueves *7 ene.*	*0*	*N*	*N*	*S*		*X*		*X*	*Salí a cenar co mi novia; quería beber; pero no l hice.*
Viernes *8 ene.*	*9*	*N*	*S*	*S*		*X*	*X*		*En la fiesta de un amigo quería pasarlo bien, per me sobrepas*

Sábado *9 ene.*	*5*	*S*	*N*	*S*	*X*		*X*	*Trabajé e casa todo el día, bebí cerveza por la tarde y vino en la cena.*
Domingo *10 ene.*	*12*	*N*	*S*	*S*		*X*	*X*	*En el partido d fútbol co los amigos; pasé la tarde en bar.*

Total semanal = *27.* Utiliza la parte de atrás para notas adicionales

AUTORREGISTRO DIARIO DE CONSUMO DE ALCOHOL[6]

(Descargar o imprimir)

Nombre:
Año:
Objetivo:
Droga secundaria:

Fecha	**Total de bebidas**	**¿Era una droga secundaria?**	**¿Te causó problemas la bebida?**	**¿Algún deseo de beber?**	**Situaciones relacionadas con el consumo de alcohol o el deseo de beber (Indica todas las que se aplican)**				**Cuando tenías deseos de beber o habías bebido, ¿qué pensabas o sentías?**
Anota mes y día	Si no bebiste este día, anota «0»	S = Sí N = No	S = Sí N = No	S = Sí N = No	Solo	Con otros	Lugar privado	Lugar público	
Lunes									
Martes									

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Domingo

Total semanal = *27* Utiliza la parte de atrás para notas adicionales

AUTORREGISTRO DIARIO DE CONSUMO DE ALCOHOL: Notas adicionales

Instrucciones: utiliza este espacio para cualquier anotación adicional relacionada con tu consumo de alcohol o deseo de consumo.

NOTAS

5 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase la página de copyright para más detalles).

6 Copyright de Linda Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive. Behavioral Approach.* Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

AUTORREGISTROS DEL CONSUMO DE DROGAS
Observando tu consumo de drogas

FICHA C 3.3

La AUTO-OBSERVACIÓN de tu consumo de drogas es una parte importante de este programa. Puede ayudarte a:[7]

- Registrar información precisa sobre tu consumo de drogas y cualquier cambio que quieras hacer.
- Valorar el progreso hacia tus objetivos. Aunque no consumas, anotas «0» ese día.
- Identificar situaciones de alto riesgo viendo los días en que consumiste drogas. Esta información te permite a ti y a tu terapeuta desarrollar mejores estrategias de afrontamiento y alternativas a las situaciones de consumo.
- Identificar las situaciones en que no consumiste.

Aunque la auto-observación podría parecer una pérdida de tiempo, registrar ciertas actividades no es algo inusual. Atletas, vendedores, corredores de bolsa y otros profesionales hacen un seguimiento de su progreso. **Hacer un seguimiento de tu conducta puede ayudarte a conseguir tus obJetivos.**

Aunque la auto-observación requiere algún tiempo y compromiso, los clientes que han auto-observado su consumo de drogas indican que les da una mayor comprensión de cuánto consumen y qué situaciones están relacionadas con su consumo de drogas.

- Queremos que hagas un seguimiento diario de tu consumo de drogas y que **traigas tus registros a cada sesión.**
- Es importante que los registros sean precisos. **No hay registros buenos o malos.**
- La auto-observación pretende **ayudarte a ti** y **a tu terapeuta a ver cómo estas cambiando.**

INSTRUCCIONES

Recuerda traer tus registros completos en la próxima cita.

- En la parte superior escribe tu nombre y la droga principal por la que viniste a tratamiento. Si vas a registrar otra droga secundaria (por ejemplo, cocaína), escribe el nombre de la droga en el espacio correspondiente.

Cada día

- Comenzando con el día de tu evaluación, anota la **fecha** en la primera columna, en la línea que corresponde al día de la semana. Por ejemplo, si te han visto el miércoles 9

de noviembre, escribe 9 nov en la línea que pone miércoles en la primera columna.

- A continuación anota **«Y»** para Sí o **«N»** para No en la columna **¿Consumiste drogas?,** para la droga principal y secundaria.
- Luego registra el número total de unidades de bebida de alcohol al final de cada día en la columna **nº total de bebidas.** Si no bebiste ese día, pon «0» en esta columna. Se incluye esta columna porque es útil ver cómo se relacionan tu consumo de drogas y alcohol.
- En la columna **¿Deseos de consumir drogas?** responde poniendo **«Y»** para Sí o **«N»** para No.
- En la columna **Situaciones relacionadas con el consumo de drogas o el deseo de consumo,** indica dónde estabas y con quién cuando consumiste o tuviste deseos de hacerlo. En la última columna puedes anotar tus **pensamientos y sentimientos** en ese momento. En la parte de atrás de cada autorre gistro se deja un espacio para hacer anotaciones adicionales relacionadas con cualquiera de las situaciones de consumo.

En la siguiente página hay un ejemplo de un autorregistro completado. Para aumentar la precisión, es importante registrar tu consumo al final de cada día. Si te olvidas, registra tu consumo al comienzo del día siguiente.

EJEMPLO DE AUTORREGISTRO DE CONSUMO DE DROGAS

Nombre: *John Smith*
Año: *2015*
Droga principal: *Marihuana*
Droga secundaria: *Cocaína*

Fecha	**¿Consumiste drogas? S = Sí N = N**		**Total de bebidas**	**¿Deseos de consumir drogas?**	**Situaciones relacionadas con el consumo de drogas o con el deseo de consumo (solo, situación social)**	**Pensamiento o sentimientos cuando consumías o tenías deseos**
Anota mes y día	Principal	Secundaria	Si no bebiste este día, anota «0»	S = Sí N = No		
Lunes *4 ene.*	*N*	*N*	*0*	*N*		
Martes *5 ene.*	*N*	*N*	*0*	*N*		
Miércoles	*S*	*N*	*1*	*N*	*En casa. Bebí 1 cerveza. Fumé un porro después de*	*Aburrido.*

6 ene.					*cenar*	
Jueves *7 ene.*	*N*	*N*	*0*	*N*	*Fui a cenar con los amigos; quería beber, pero no lo hice.*	*Ansioso, pero orgulloso después.*
Viernes *8 ene.*	*S*	*S*	*5*	*S*	*En la fiesta de un amigo; quería pasarlo bien pero me sobrepasé.*	*Quería pasarlo bien. Pensaba que pararía antes.*
Sábado *9 ene.*	*S*	*S*	*2*	*N*	*Trabajaba en el coche; bebía cerveza.*	*Me sentía bien, no colocado.*
Domingo *10 ene.*	*S*	*N*	*8*	*S*	*En el partido de fútbol con los amigos; pasé la tarde en el bar.*	*Quería agradar a los amigos; después de beber ya no me importaba.*

AUTORREGISTRO DIARIO DE CONSUMO DE DROGAS[8]

(Descargar o imprimir)

Nombre:
Año:
Droga principal:
Droga secundaria:

Fecha	**¿Consumiste drogas? S = Sí N = N**		**Total de bebidas**	**¿Deseos de consumir drogas?**	**Situaciones relacionadas con el consumo de drogas o con el deseo de consumo (solo, situación social)**	**Pensamiento o sentimientos cuando consumías o tenías deseos**
Anota mes y día	Principal	Secundaria	Si no bebiste este día, anota «0»	S = Sí N = No		
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						

Sábado

Domingo

AUTORREGISTRO DIARIO DE CONSUMO DE DROGAS: Notas adicionales

Instrucciones: utiliza este espacio para cualquier anotación adicional relacionada con tu consumo de drogas o deseo de consumo.

NOTAS

7 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase la página de copyright para más detalles).

8 Copyright de Linda Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach.* Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

VALORACIÓN DEL OBJETIVO DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL O DROGAS FICHA C 3.4

(Descargar o imprimir)

Nombre:
Fecha:

IMPORTANCIA Y CONFIANZA EN EL CAMBIO DE TU CONSUMO DE DROGAS O ALCOHOL: ¿HASTA QUÉ PUNTO ESTÁS PREPARADO?[9]

PARTE 1

Mi objetivo es no consumir (indica la que corresponda): Alcohol: Drogas (Droga principal):

Las personas normalmente tienen cosas que les gustaría cambiar en sus vidas. **Por favor, responde a las siguientes preguntas en lo que respecta al consumo de alcohol o drogas.**

En este momento, ¿hasta qué punto es importante para ti no consumir alcohol o drogas? Utiliza la siguiente escala para valorar su importancia.

Ahora la importancia de mi objetivo es del por 100.

Hazte las siguientes preguntas

1. ¿Mi objetivo es lo suficientemente importante como para que me esfuerce en conseguirlo aunque el progreso sea lento o difícil?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es «No», indicar por qué:

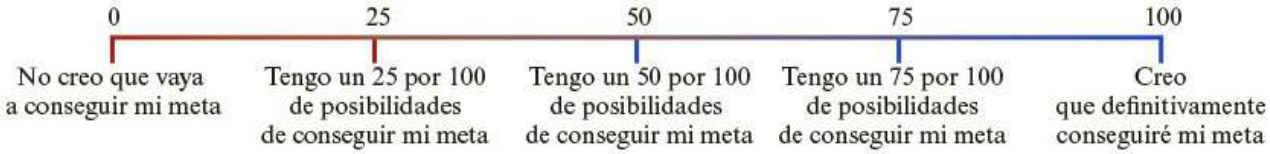
_____

2. ¿Otras **prioridades** podrían interferir en conseguir mi objetivo?

Sí ——— No ———

Si la respuesta es «Sí», indicar cuáles:

_____



Estoy por 100 seguro de que conseguiré mi objetivo.

Ahora hazte las siguientes preguntas

1. Teniendo todo en cuenta, ¿es realista mi confianza?

Sí ——— No ———

Si la respuesta es «No», indicar por qué:

_____

2. ¿Hay algún obstáculo que podría encontrar para conseguir mi meta?

Sí ——— No ———

Si la respuesta es «Sí», indicar cuál:

_____

¿DÓNDE ENCAJA TU objetivo Y HASTA QUÉ PUNTO ESTÁS PREPARADO PARA CAMBIAR TU CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS?

PARTE 2

- Abajo hay cuatro combinaciones diferentes de la importancia del objetivo y la confianza.
- Mira tus valoraciones e indica **cuál de las cuatro combinaciones describe meJor hasta qué punto estás preparado para no beber alcohol o consumir drogas.**

1. **Baja importancia, Baja confianza:** estos individuos normalmente no ven que el

cambio tenga tanta importancia ni creen que vayan a tener éxito si lo intentan. Estos individuos no parece que estén preparados para el cambio en la actualidad.

Si estás en esta categoría, pregúntate qué te llevaría a realizar el cambio.

2. **Baja importancia, Alta confianza:** estos individuos normalmente confían en que podrían cambiar si pensaran que es importante, pero no están seguros de que quieran cambiar en la actualidad.

Si estás en esta categoría, pregúntate qué te haría inclinar la balanza de manera que favoreciera tu decisión de cambio.

3. **Alta importancia, Baja confianza:** el problema aquí no es la disposición a cambiar, puesto que estos individuos desean cambiar. En su lugar, el problema es que normalmente no tienen confianza en que vayan a tener éxito al intentarlo.

Si estás en esta categoría, pregúntate: 1) ¿Por qué crees que no puedes cambiar?; 2) ¿Qué está obstaculizando tu confianza para cambiar?, y 3) ¿Hay algo que puedas hacer para aumentar tu confianza?

4. **Alta importancia, Alta confianza:** estos individuos no sólo creen que es importante cambiar, sino que además piensan que pueden tener éxito y parecen muy preparados para el cambio.

Si estás en esta categoría, entonces parece que estás en un buen estadio en el proceso de cambio.

NOTAS

9Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase la página de copyright para más detalles).

VALORACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL OBJETIVO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL

FICHA C 3.5

(Descargar o imprimir)

Nombre:
Fecha:

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVO: CONSUMO DE ALCOHOL[10]

PARTE 1

Las personas normalmente tienen varias cosas que les gustaría cambiar en sus vidas. Cambiar su consumo de alcohol puede ser una de ellas. ¿Cuál es tu objetivo actual? **Por favor, completa la opción 1 o 2. Recuerda que tu objetivo puede cambiar con el tiempo.**

Mi objetivo actual es

Opción 1: NO BEBER NADA. Si has marcado este objetivo, VE A LA PARTE 2 en la siguiente página.

o

Opción 2: BEBER SÓLO DE FORMA CONTROLADA. Si quieres beber sólo de forma controlada, deberías conocer que **una unidad estándar de bebida es igual a:**

- 12 oz de cerveza (4-5%)
- 1 ½ oz de destilados
- 5 oz de vino de mesa (11-12%)
- 3 oz de vino dulce (20%)

Si tu objetivo es beber de forma controlada, por favor completa las siguientes frases:

- En un día normal en que beba, me planteo no beber más de unidades de bebida al día.
- Durante la semana, me planteo no beber más de días.
- Me planteo beber menos de 1 día a la semana. Indícalo aquí
- Me planteo beber SÓLO en las siguientes condiciones:

- Me planteo NO BEBER NADA en las siguientes condiciones:

IMPORTANCIA Y CONFIANZA EN CAMBIAR TU CONSUMO DE ALCOHOL: ¿HASTA QUÉ PUNTO ESTÁS PREPARADO?

PARTE 2

Por favor, responde las dos siguientes preguntas con respecto al objetivo de bebida que acabas de seleccionar en la página anterior.

En este momento, ¿hasta qué punto es importante que consigas tu objetivo? Utiliza la siguiente escala para indicar su importancia.

La importancia de mi objetivo es por 100.

Ahora hazte las siguientes preguntas:

1. ¿Mi objetivo es lo bastante importante para trabajar por conseguirlo, aunque el progreso sea lento o difícil?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es «No», especifica:

_____

2. ¿Alguna otra prioridad podría interferir para conseguir mi objetivo?

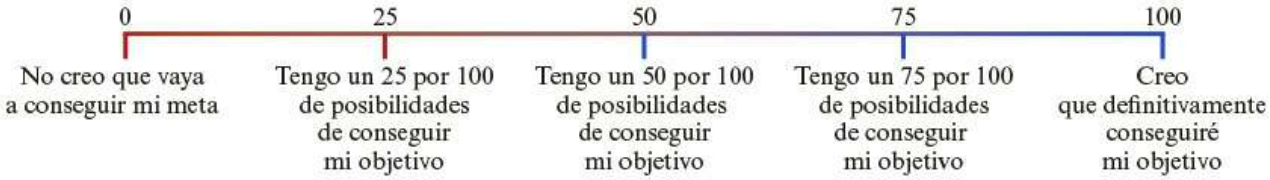
Sí _____ No _____

Sí la respuesta es «Sí», indica cuál:

_____

En este momento, ¿hasta qué punto te crees capaz de conseguir tu objetivo?

Utiliza la siguiente escala para valorar tu confianza.



Estoy por 100 seguro de que conseguiré mi objetivo.

Ahora hazte las siguientes preguntas:

1. Teniendo todo en cuenta, ¿es realista mi confianza?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es «No», especifica:

_____

2. ¿Hay algún obstáculo que podría encontrar para conseguir mi objetivo?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es «Sí», indica cuál:

_____

¿DÓNDE ENCAJA TU OBJETIVO Y HASTA QUÉ PUNTO ESTÁS PREPARADO PARA CAMBIAR TU CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS?

PARTE 3

- Abajo hay cuatro combinaciones diferentes de la importancia del objetivo y la confianza.
- Mira tus valoraciones e **indica cuál de las cuatro combinaciones describe mejor**

hasta qué punto estás preparado para no beber alcohol o consumir drogas.

1. **Baja importancia, Baja confianza:** Estos individuos normalmente no ven que el cambio tenga tanta importancia ni creen que vayan a tener éxito si lo intentan. Estos individuos no parece que estén preparados para el cambio en la actualidad.

Si estás en esta categoría, pregúntate qué te llevaría a realizar el cambio.

2. **Baja importancia, Alta confianza:** Estos individuos normalmente confían en que podrían cambiar si pensaran que es importante, pero no están seguros de que quieran cambiar en la actualidad.

Si estás en esta categoría, pregúntate qué te haría inclinar la balanza de manera que favoreciera tu decisión de cambio.

3. **Alta importancia, Baja confianza:** El problema aquí no es la disposición a cambiar, puesto que estos individuos desean cambiar. En su lugar, el problema es que normalmente no tienen confianza en que vayan a tener éxito al intentarlo.

Si estás en esta categoría, pregúntate: 1) ¿Por qué crees que no puedes cambiar?; 2) ¿Qué está obstaculizando tu confianza para cambiar?, y 3) ¿Hay algo que puedas hacer para aumentar tu confianza?

4. **Alta importancia, Alta confianza:** Estos individuos no sólo creen que es importante cambiar, sino que además piensan que pueden tener éxito y parecen muy preparados para el cambio.

Si estás en esta categoría, entonces parece que estás en un buen estadio en el proceso de cambio.

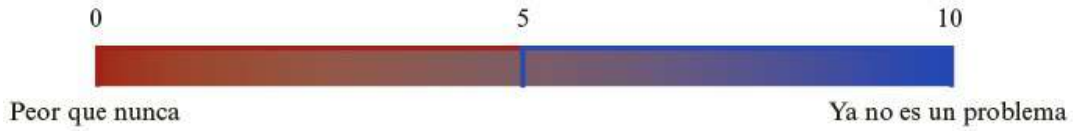
NOTAS

10 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase la página de copyright para más detalles).

ESCALA DÓNDE ESTÁS AHORA FICHA C 3.6

(Descargar o imprimir)

En distintas ocasiones a lo largo de las sesiones que vamos a tener te voy a pedir que valores tu consumo de alcohol o drogas utilizando una escala de 10 puntos, donde **1 = peor que nunca** y **10 = ya no es un problema** (mostrar la escala al cliente):[11]



1. SESIÓN DE EVALUACIÓN

FECHA

En la escala de 10 puntos donde 1 = Peor que nunca y 10 = Ya no es un problema, ¿cómo dirías que era tu consumo de alcohol o drogas **HACE UN AÑO** y cómo dirías que es **AHORA**?

_____ **VALORACIÓN HACE UN AÑO**

_____ **VALORACIÓN AHORA**

¿Cómo pasaste de un (# en la evaluación) a (# Hoy)?

_____

2. SESIÓN #2

FECHA

Cuando viniste por primera vez a tratamiento te pedí que evaluaras tu consumo de alcohol o drogas. Utilizando la misma escala de 10 puntos donde 1 = Peor que nunca y 10 = Ya no es un problema, ¿cómo dirías que es tu consumo de alcohol **HOY**?

_____ **Valoración de la SESIÓN 2**

¿Cómo llegaste de (# hace un año) a (# ahora)?

_____

3. SESIÓN #4

FECHA

En dos ocasiones anteriores te he pedido que evaluaras tu consumo de alcohol o drogas. Utilizando la misma escala de 10 puntos donde 1 = Peor que nunca y 10 = Ya no es un problema, ¿cómo dirías que es tu consumo de alcohol o drogas **HOY**?

_____ **Valoración de la SESIÓN 4**

¿Cómo pasaste de (# en la sesión 2) a (# Hoy)?

_____

NOTAS

11 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase la página de copyright para más detalles).

PARTE SEGUNDA

Autocambio guiado: una intervención motivacional cognitivo-conductual para terapia individual y grupal

4

Tratamiento de autocambio guiado en formato individual

> Como en las revisiones anteriores, las intervenciones breves encabezan la lista de los métodos de tratamiento basados en la evidencia, incluso cuando los abordajes breves de mejora motivacional se incluyen en una categoría diferente.
>
> MILLER Y WILLBOURNE (2002, p.275)

Este capítulo presenta una descripción detallada sesión a sesión de la manera de implementar los elementos clave utilizados en el modelo de tratamiento de ACD con clientes en terapia individual. Al final del capítulo hay cuatro hojas para los terapeutas (fichas del terapeuta 4.1-4.4) que contienen un repaso de los objetivos y procedimientos de cada sesión. Cada hoja incluye también pautas clínicas y diálogos para ayudar a los terapeutas a dirigir la sesión. La tabla 4.1 presenta un resumen de los materiales de *feed back* personalizado que se entregan a los clientes durante las sesiones 1-4. Las cuatro fichas del terapeuta, 4.1-4.4, son una adaptación del protocolo del estudio GRIN (véase Sobell y Sobell, 2009).

SESIÓN 1

Valoraciones de los objetivos: Abstinencia (ficha del cliente 3.4) o Elección del objetivo (ficha del cliente 3.5)

En la evaluación, se entrega a todos los clientes una hoja para valorar el objetivo (véase capítulo 3) para que la completen y traigan a la primera sesión. Aunque las sesiones siguientes empiezan con una revisión y discusión de los auto rregistros, en esta sesión se discute primero la hoja de valoración del objetivo. Utilizando un enfoque de entrevista motivacional, los terapeutas exploran las respuestas de los clientes de forma no crítica. Esto es especialmente importante con clientes que no tienen problemas graves de consumo de sustancias (por ejemplo, bebedores problema, consumidores de cannabis que fuman sólo algunos porros los fines de semana) o que no han estado antes en tratamiento. En estos casos, lo único que puede minimizar o disminuir una actitud defensiva es una discusión objetiva.

Abstinencia

Aunque los clientes son los que eligen en último término sus propios objetivos, los terapeutas son una fuente importante de información y recomendaciones. Para el consumo de alcohol, los terapeutas aconsejan sobre cualquier contraindicación médica, legal o social del consumo controlado de bajo riesgo. Las contraindicaciones médicas (Kahan, 1996; *U.S. Department of Health and Human Services* y *U.S. Department of Agriculture,* 2005) incluyen todas las condiciones y enfermedades que se exacerban con el consumo de alcohol (por ejemplo, hepatitis, gota, diabetes e hipertensión) y situaciones en la que el consumo de alcohol puede ser peligroso (por ejemplo, embarazo o lactancia). El alcohol también puede interferir con el metabolismo de algunos medicamentos prescritos, reduciendo su efectividad (por ejemplo, antibióticos o antiepilépticos) o incrementando sus efectos (por ejemplo, benzodiacepinas). Otras contraindicaciones pueden ser sociales, tales como ultimátums recibidos por los demás (por ejemplo, del cónyuge, familia o jefes). Las contraindicaciones legales incluyen la prohibición de beber (es decir, como requisito para la libertad provisional o condicional) y estar por debajo de la edad para beber alcohol. Se remite a los lectores al capítulo 3 para una discusión en mayor profundidad de la valoración de los objetivos y las contraindicaciones del consumo de alcohol. El tema de bebida controlada de bajo riesgo no se introduce con aquellos clientes que tienen contraindicaciones para beber porque podría debilitar su elección de la abstinencia. Es importante que los clientes vean la abstinencia como una elección, porque si tienen un desliz pueden elegir detener el consumo.

TABLA 4.1

Materiales de feedback *personalizado dados a los clientes durante las sesiones 1-4*

- *Línea Base Retrospectiva (LBR):* Se utiliza la información recogida en la Línea Base Retrospectiva (Agrawal et al., 2008; L. C. Sobell y Sobell, 2003) para ofrecer *feedback* personalizado a los clientes en la sesión 1 sobre su consumo de alcohol (ficha del cliente 4.1, *Feedback* personalizado: ¿Dónde se sitúa tu consumo de alcohol? Sesión 1 individual y grupal) o el consumo de drogas antes del tratamiento (ficha del cliente 4.2, *Feedback* personalizado: ¿Dónde se sitúa tu consumo de drogas? Sesión 1 individual y grupal). Este *feedback* se utiliza para aumentar la conciencia de los clientes sobre su consumo de alcohol y drogas en relación con los datos normativos nacionales. Además de recoger información del consumo de sustancias de cada cliente antes del tratamiento, se recogen datos sobre el consumo de alcohol y drogas a lo largo del tratamiento con los autorregistros (fichas del cliente 3.2 y 3.3). Esta información se transfiere a la LBR, y al final del tratamiento se reproduce un perfil de *feedback* personalizado de los cambios de los clientes desde el pretratamiento a la sesión 4 en su consumo de alcohol (ficha del cliente 4.3, Ejemplo de *feedback* personalizado de consumo de alcohol desde el pretratamiento a la sesión 4. Sesión 4 individual y grupal) o del consumo de drogas (ficha del cliente 4.4, Ejemplo de *feedback* personalizado de consumo de drogas desde el pretratamiento a la sesión. Sesión 4 individual y grupal).
- *Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT):* Las respuestas de los clientes a la versión de 10 ítems del cuestionario AUDIT (Gavin et al., 1989; Skinner, 1982) se puntúan de acuerdo a la plantilla del apéndice A. En la sesión 1, basándose en sus respuestas al AUDIT, se ofrece a los clientes *feedback* personalizado de sus problemas con el alcohol en forma de entrevista motivacional, reflejando la

gravedad de sus problemas con el alcohol en el año anterior (ficha del cliente 4.1, *Feedback* personalizado: ¿Dónde se sitúa tu consumo de alcohol? Sesión 1 individual y grupal).

- *Test de Evaluación para el Consumo de Drogas (DAST-10):* Las respuestas de los clientes a la versión de 10 ítems del cuestionario DAST (Gavin et al., 1989; Skinner, 1982) se puntúan utilizando la plantilla del apéndice B. En la sesión 1, basados en sus respuestas al DAST-10, se ofrece a los clientes con problemas de drogas *feedback* personalizado en forma de entrevista motivacional reflejando la gravedad de sus problemas con las drogas en el año anterior (ficha del cliente 4.2, *Feedback* personalizado: ¿Dónde se sitúa tu consumo de drogas? Sesión 1 individual y grupal).
- *Cuestionario Breve de Confianza Situacional (BSCQ):* El BSCQ (Breslin et al., 2000) es una medida de estado de la confianza del cliente o la autoeficacia para resistir la tentación de beber de forma excesiva o consumir drogas, que se utiliza para identificar y resaltar las tres situaciones de mayor riesgo para el cliente (es decir, aquéllas en las que se sienten menos capaces de resistir la tentación de beber de forma excesiva o consumir drogas). Este capítulo contiene dos ejemplos del *feedback* que se da a los clientes sobre el BSCQ. El primero, basado en el BSCQ administrado en la sesión de evaluación, se ofrece a los clientes en la sesión 2 (ficha del cliente 4.7, Ejemplo del perfil BSCQ de consumo de alcohol y drogas desde la evaluación. Sesión 2 individual y grupal). Como parte de la sesión 2, este primer perfil BSCQ se compara con los dos precipitantes de mayor riesgo que se indicaron en el ejercicio de identificar situaciones precipitantes (ficha del cliente 4.6, Ejercicio de identificar precipitantes. Sesión 2 individual y grupal). Las tres situaciones de mayor riesgo del perfil BSCQ se clasifican en uno de los seis perfiles BSCQ (véase tabla 4.2, BSCQ: Ocho categorías de situaciones de alto riesgo y etiquetas de los perfiles). La figura 4.2 contiene ejemplos de seis tipos de perfiles del BSCQ (por ejemplo, buenos momentos o poner a prueba el control). Los nombres de los perfiles, dirigidos a captar los tres tipos de situaciones de alto riesgo del BSCQ, también reflejan las dos situaciones de alto riesgo descritas en el ejercicio de situaciones precipitantes (M. B. Sobell y Sobell, 1993a). Mientras que las situaciones precipitantes del BSCQ son por naturaleza genéricas, los dos precipitantes identificados por los clientes están relacionados con situaciones que han experimentado realmente durante el año anterior. Se explica a los clientes que los nombres de los perfiles BSCQ (por ejemplo, *afecto negativo, buenos momentos;* tabla 4.2) pretenden darles una etiqueta para reconocer con mayor facilidad los precipitantes que se pueden encontrar. En la sesión 4 se ofrece a los clientes *feedback* basado de nuevo en el BSCQ. Esta vez se comparan las respuestas del cliente al BSCQ en la evaluación y en la sesión 3 (ficha del cliente 4.9, Ejemplo comparativo del perfil BSCQ de consumo de alcohol o drogas desde la evaluación a la sesión 3. Sesión 4 individual y grupal).
- *Lecturas y tareas para casa:* Las lecturas y tareas para casa se dirigen a acelerar el tratamiento para ahorrar tiempo, fomentando la continuidad del tratamiento a lo largo de las sesiones y promoviendo que los clientes asuman la responsabilidad de realizar cambios fuera de las sesiones de tratamiento. Los ejercicios que se utilizan en el modelo de tratamiento de ACD incluyen:

  — **Tarea para casa de la sesión 1: Ejercicio 1 Ejercicio de balance decisional** (ficha del cliente 3.1).
  — **Tarea para casa de la sesión 2: Lectura de Identificar precipitantes** (ficha del cliente 4.5).
  — **Tarea para casa de la sesión 2: Ejercicio de Identificar precipitantes** (ficha del cliente 4.6).
  — **Tarea para casa de la sesión 3: Ejercicio de Desarrollar nuevas alternativas y planes de acción** (ficha del cliente 4.8).

Por razones legales, se aconseja a los clientes que consumen drogas ilegales que se mantengan abstinentes. Los terapeutas explican también a los clientes que tienen objetivos de abstinencia la importancia de abordar cualquier consumo de alcohol o drogas que suceda durante el tratamiento. Para que informen de su ocurrencia, es importante que los terapeutas desarrollen una relación terapéutica positiva con los clientes. Un enfoque de entrevista motivacional, que es parte del modelo de tratamiento de ACD, puede facilitar esta alianza. La evidencia demuestra que cuando se asegura la confidencialidad y el hecho de que sea sincero no tiene consecuencias adversas, los autoinformes son generalmente precisos (revisado en Babor, Steinberg, Anton y Del

Boca, 2000). En otras palabras, cuando ven que los terapeutas no les juzgan y cuando creen que su sinceridad no tendrá consecuencias negativas, se puede confiar en sus autoin formes.

Bebida controlada de bajo riesgo

Los clientes con problemas con el alcohol que no tienen contraindicaciones para beber pueden elegir un objetivo de bebida controlada de bajo riesgo. A lo largo del tiempo, las pautas de bebida controlada de bajo riesgo han cambiado (Dufour, 1999; *International Center for Alcohol Policies*, 1998; *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 2007). Basados en la literatura, hemos recomendado límites de no más de tres unidades de bebida en no más de 4 días por semana (M. B. Sobell y Sobell, 1993a). Como las mujeres y los mayores tienen una proporción menor de líquido corporal que los varones, algunas pautas se basan en el sexo o la edad (por ejemplo, las mujeres y los mayores no deberían consumir más de una unidad de bebida por día; los hombres no deberían consumir más de dos unidades de bebida por día; *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 1996; *U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture*, 2005). Las pautas que utilizamos, que recomiendan un límite tanto en la frecuencia como en la cantidad de bebida, tienen la ventaja de evitar la bebida diaria, que puede dar lugar a una mayor tolerancia al alcohol que una bebida menos frecuente (Kalant, 1987; Suwaki et al., 2001).

1 UNIDAD DE BEBIDA (14 G ETANOL PURO) =	
12 oz. (5 por 100) de cerveza	
5 oz. (12 por 100) de vino de mesa	
1½ oz. (40 por 100; graduación alcohólica 80) de destilados (por ejemplo, whisky, ginebra) solo o en un combinado	

Parte de la valoración del objetivo incluye una discusión con los clientes sobre las razones por las que quieren una bebida controlada de bajo riesgo. A este respecto, las principales razones para beber deberían ser sociales más que beber por los efectos (es decir, para sentirse ebrio). Si beben por los efectos, con el tiempo es probable que desarrollen tolerancia y que sobrepasen sus límites, incrementando la bebida para conseguir los efectos deseados (Maisto, Henry, Sobell y Sobell, 1978). De esta forma, beber para sentirse ebrio se considera de alto riesgo. Finalmente, como parte de la valoración de su objetivo, se les pide que especifiquen situaciones de alto y bajo riesgo de bebida.

Importancia del objetivo y confianza

La hoja de valoración del objetivo también pide a los clientes que valoren la importancia y su confianza (es decir, autoeficacia) en conseguir su objetivo. Es normal que haya clientes que indiquen que lograr sus objetivos no es lo más importante en sus vidas (es decir, otras cosas, como su salud, tienen una mayor prioridad). Además, en las personas cuyos problemas no son graves, conseguir sus objetivos compite con frecuencia con otras actividades de sus vidas (por ejemplo, relaciones o trabajo). Pedir que los clientes valoren la importancia y su confianza en alcanzar sus objetivos permite discutir las motivaciones y los posibles obstáculos para el cambio. Valoraciones de confianza bajas pueden reflejar una falta de habilidades percibidas o déficits de solución de problemas. Después de averiguar hasta qué punto los clientes confían en conseguir sus objetivos, se puede realizar la siguiente pregunta: *«¿Qué tendría que ocurrir para que aumentara tu confianza del 50 por 100 al 60 por 100?»*. Las respuestas de los clientes a estas preguntas a menudo identifican posibles soluciones (por ejemplo, *«Si no estuviera con mis amigos que están siempre consumiendo, mi confianza aumentaría»*). Finalmente se les dice que la declaración de objetivo se les volverá a administrar más adelante durante el tratamiento y que podrán modificar o cambiar libremente sus objetivos en cualquier momento.

Reducción del daño

Aunque la gran mayoría de los clientes buscan objetivos realistas que se adaptan a sus circunstancias, hay algunos que, a pesar de reconocer las contraindicaciones de beber, prefieren una reducción más que dejarlo. También algunos clientes con problemas de drogas, especialmente los que consumen cannabis, no quieren comprometerse con la abstinencia. En estos casos recomendamos adoptar una aproximación de reducción del daño (Berridge, 1999; Erickson, 2007; Lieber, Weiss, Groszmann, Paronetto y Schenker, 2003; Witkiewitz y Marlatt, 2006). Al utilizar esta aproximación, se informa a los clientes en cada sesión que el consejo del terapeuta es que no beban o consuman drogas. Sin embargo, se les indica que si deciden no seguir este consejo es muy importante que sean sinceros sobre el consumo de alcohol o drogas durante el tratamiento. Finalmente, es importante registrar en el historial clínico o médico que ha sido aconsejado sobre la abstinencia y las razones en las que se basa esta recomendación. Es preferible esta aproximación a que los clientes no informen de su consumo (debilitando así la relación terapéutica), o dejando el tratamiento porque el terapeuta no considera un objetivo de reducción del daño.

Discusión de los autorregistros (Alcohol: ficha del cliente 3.2; Drogas: ficha del cliente 3.3)

Una evolución natural tras la discusión del objetivo al comienzo de la sesión 1 es comentar cómo les ha ido la semana hablando sobre sus autorregistros. El terapeuta puede preguntar: *«¿Hasta qué punto se ha cumplido tu objetivo sobre el consumo de alcohol o drogas a lo largo de la semana?»*. Si el cumplimiento es escaso (por ejemplo, objetivo de abstinencia, pero ha consumido alcohol o drogas), se debatirá sobre la consistencia entre su objetivo y su conducta (es decir, hay que cambiar la conducta o el objetivo). A menos que sea relevante, debería evitarse una descripción detallada día por día del consumo de alcohol o drogas. En su lugar, el terapeuta puede decir: *«Dame una panorámica general de cómo ha sido tu consumo de alcohol o drogas durante la última semana»*.

Resúmenes de *feedback* personalizado sobre el consumo de alcohol y drogas (Alcohol: ficha del cliente 4.1; Drogas: ficha del cliente 4.2)

Después de la discusión sobre el objetivo y los autorregistros, se les da a los clientes una copia de sus hojas de *feedback* personalizado (¿Dónde se sitúa tu consumo de alcohol/drogas?). A continuación se muestran dos ejemplos de diálogos de cómo ofrecer el *feedback* a los clientes.

EJEMPLO DE CÓMO OFRECER FEEDBACK BASADO EN LA INFORMACIÓN DE LOS CLIENTES SOBRE SU CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS EN LA LÍNEA BASE

«Como te dije la semana pasada, en esta sesión te daremos feedback *de tu consumo de alcohol y drogas basado en la información que nos ofreciste en la evaluación. El primer tipo de* feedback *se basa en tu consumo diario de alcohol o drogas»* [ficha del cliente 4.1, ¿Dónde se sitúa tu consumo de alcohol?; ficha del cliente 4.2, ¿Dónde se sitúa tu consumo de drogas?].

Para clientes con problemas de alcohol: *«Hemos calculado la media de bebidas que informaste que habías consumido a la semana en los últimos 90 días. Si miras este gráfico, ¿dónde se sitúa tu bebida en comparación con las leyes de tu país para* **[introducir hombres o mujeres aquí]**? *¿Qué indica en tu caso?»*

A lo largo de los años, hemos oído a muchos clientes, después de comparar su bebida con los datos normativos nacionales, decir algo como lo siguiente:

Cliente: *«¿Cómo puede estar mi bebida en uno de los grupos más altos? Pero si la mayor parte de mis amigos beben tanto o más que yo...»*

Terapeuta: *«Parece que estás sorprendido de dónde se sitúa tu bebida, porque es parecida a la de tus amigos. ¿Qué piensas que quiere decir?»*

Cuando el terapeuta hace esta pregunta, da pie a que muchos clientes digan que sus amigos también son bebedores excesivos. Teniendo en cuenta que la mayoría de los objetivos de los clientes serán no beber o beber menos, el terapeuta podría decir: *«¿Qué tipo de presión social tienes para beber cuando estás con tus amigos?»*

Para clientes con problemas de drogas (por ejemplo, cocaína): *«Esta gráfica te muestra el porcentaje de personas que han consumido cocaína en el último año y a lo largo de su vida. ¿Dónde se sitúa tu consumo de drogas? ¿Qué indica en tu caso?»*

Cuando se les da a los clientes con problemas de droga este tipo de *feedback* sobre su consumo de cocaína

antes de venir a tratamiento, una respuesta normal es: *«Guau, la mayor parte de mis amigos consumen cocaína, pero estos gráficos indican que sólo un porcentaje pequeño de personas consumieron cocaína el último año»*. Cuando escuchamos esto, recomendamos que el terapeuta normalice la respuesta del cliente diciendo: *«Tu respuesta no es inusual. Las personas que consumen drogas frecuentemente se relacionan con otras que consumen, y por eso piensan que hay más personas que consumen drogas de las que realmente lo hacen.»*

Además del *feedback* general (por ejemplo, porcentaje de bebida excesiva o consumo de cocaína), el terapeuta debe conocer otra información que pueda utilizarse en forma de mejora motivacional, para ayudar a los clientes a incrementar su compromiso con el cambio (por ejemplo, un problema médico que se exacerbará con la bebida).

El siguiente es otro ejemplo de cómo presentar el *feedback* basado en la información de la evaluación. En este caso, el *feedback* se relaciona con las puntuaciones sobre la gravedad del problema con el alcohol o las drogas.

EJEMPLO DE CÓMO OFRECER FEEDBACK BASADO EN LAS PUNTUACIONES DEL AUDIT Y DEL DAST-10

«Si recuerdas, te hicimos muchas preguntas sobre tu consumo de alcohol y drogas en la evaluación, y una de las cosas que tenías que hacer era indicar las consecuencias que habías tenido debido al consumo de alcohol o drogas durante el último año. Hemos tomado esta información y te hemos preparado un resumen de feedback *personalizado para que puedas valorar mejor tu consumo de alcohol o drogas. Basándose en lo que nos indicaste, las puntuaciones reflejan la gravedad de tu consumo de alcohol* [AUDIT] *o drogas* [DAST-10]. *¿Qué llama la atención en este gráfico?»*. [Este *feedback* está en la última página de la ficha del cliente 4.1 para el AUDIT y la ficha del cliente 4.2 para el DAST-10.]

Algunos clientes, cuando vean los gráficos del *feedback* del AUDIT y DAST-10, dirán: *«¿Cómo puede ser?»*. En esos casos, el terapeuta puede decir: *«Veamos lo que indicaste en estos cuestionarios»*. De esta forma, el terapeuta utiliza las respuestas de los clientes para abordar su sorpresa. Se puede discutir con mayor profundidad pidiendo que desarrollen sus respuestas a determinadas preguntas (por ejemplo, *«¿Has resultado tú u otra persona herido a consecuencia de tu bebida?»*, *«¿Has dejado de atender a tu familia por el consumo de drogas?»*).

Una técnica de entrevista motivacional que frecuentemente funciona bien es *pedir permiso* a los clientes antes de ofrecer *feedback* (véase capítulo 2 para una discusión más extensa sobre esta técnica). Al pedir permiso, el terapeuta demuestra respeto por los clientes. Cuando se pide permiso a los clientes para hablar sobre los temas, nuestra experiencia es que casi todos responden de forma afirmativa. Por ejemplo, hemos visto que muchos clientes con problemas de alcohol tienen también hipertensión y no son conscientes de que el alcohol aumenta su presión sanguínea. Más que reprenderles, el terapeuta puede decir: *«Me pregunto si sabes cómo el alcohol puede afectar a la presión sanguínea»*. Normalmente, los clientes o no lo saben o dicen algo como: «*Bien, no es bueno para mí»*. El terapeuta puede decir entonces: *«¿Estarías interesado en aprender más sobre cómo la bebida puede afectar a la presión sanguínea?»*. En este momento los terapeutas pueden entregar folletos relevantes sobre el tema que tengan a mano. Algunos clientes no quieren, y en estos casos los terapeutas pueden utilizar una técnica de entrevista motivacional llamada *dar un giro a la resistencia* y decir: *«Vale, podemos*

hablar sobre esto en otro momento si quieres».

Ejercicio de balance decisional: Discusión de las cosas buenas y menos buenas de cambiar el consumo de alcohol o drogas (ficha del cliente 3.1)

El terapeuta y el cliente revisan juntos el ejercicio de balance decisional que el cliente ha completado entre la evaluación y la sesión 1. Si el cliente no trae el ejercicio, normalmente hacemos que lo completen durante la sesión. El ejercicio de balance decisional ofrece una excelente oportunidad para utilizar las técnicas de entrevista motivacional. Cuando se discuten las respuestas del cliente al ejercicio de balance decisional, es importante hablar antes de las cosas buenas de su consumo de sustancias, tras lo cual se le pide que hable de las cosas menos buenas. La razón para ordenar la discusión de esta forma es que, como se mencionó antes, muchos consumidores vienen a tratamiento esperando ser recriminados por su conducta y que se les diga que deben cambiar, sin que el terapeuta reconozca por qué les puede resultar difícil el cambio.

Empezar la discusión del ejercicio de balance decisional con un reconocimiento explícito de la parte positiva de la conducta (por ejemplo, *«¿Cuáles son las cosas buenas del consumo de alcohol o drogas?»*) no sólo pone de manifiesto la ambivalencia sobre el cambio, sino que lo hace aceptable para los clientes, al discutir abiertamente lo que obtienen del consumo de alcohol o drogas (es decir, recompensas). Discutir la ambivalencia puede ser útil para construir una relación terapéutica, porque permite que los clientes hablen sobre la atracción (en otras palabras, las cosas buenas) de su conducta sin ser juzgados. Además, hay razones para pensar que el hecho de que los clientes escriban sobre los costes y beneficios de cambiar y no cambiar puede hacer más sobresalientes las relaciones entre la conducta y sus consecuencias negativas (Baumeister, 1994). El siguiente ejemplo demuestra cómo una discusión de un ejercicio de balance decisional puede utilizarse para resumir la ambivalencia de un cliente y reconocer que tomar decisiones puede ser difícil.

> *«Por una parte, lo que escucho que dices es que si no dejas de consumir cocaína con tus amigos puedes perder a tu mujer y a tus hijos, pero por otra parte te preocupa romper las relaciones con tus amigos de hace tantos años. Eso debe hacer que dejarlo sea más difícil.»*

La pregunta de los cinco millones de dólares

La pregunta de los cinco millones de dólares, que es la segunda parte del ejercicio de balance decisional, implica preguntar a los clientes si dejarían de consumir alcohol o drogas (o cambiarían cualquier conducta) por un día si les ofrecieran cinco millones de dólares. Nuestra experiencia cuando hacemos esta pregunta es que casi todos los clientes contestan «Sí». Entonces el terapeuta pregunta: *«¿Qué te dice eso?»*. La respuesta habitual es algo como: *«Podría cambiar si el precio valiera la pena»*. El punto

fundamental es que los clientes reconozcan que lo que han dicho es que el cambio es una elección. El terapeuta puede preguntar a continuación: *«¿Qué te haría inclinar la balanza a favor del cambio?»*.

En los pocos casos en los que el cliente dice: *«No cambiaré por ninguna cantidad de dinero»*, los terapeutas pueden decir: *«De acuerdo, si no cambiarías tu* **[introducir la conducta]** *un solo día por cinco millones de dólares, ¿qué te llevaría a cambiar por un solo día?»*. Si el cliente da una respuesta (por ejemplo, *«Si mi familia me dejara»*), el terapeuta seguiría como en el párrafo anterior, haciendo que el cliente diga que el cambio es una elección. Si la discusión pone de manifiesto que el cliente piensa que el cambio es muy difícil, puede reconocerse este hecho y normalizarse diciendo: *«Para muchas perso nas es difícil cambiar. Si fuera fácil no estarías aquí»*.

Final de la sesión: Cierre y qué destacó

Al finalizar la primera sesión, el terapeuta da a los clientes la siguiente tarea para casa, que implica llevar a cabo un análisis funcional de su consumo de sustancias describiendo dos situaciones de alto riesgo (M. B. Sobell y Sobell, 1993a; M. B. Sobell et al., 1976). La tarea para casa tiene dos partes: la lectura *Identificar precipitantes* (ficha del cliente 4.5) y el ejercicio *Identificar precipitantes* (ficha del cliente 4.6). La lectura introduce el concepto de asumir una perspectiva realista sobre el cambio utilizando el dibujo de una montaña (el Monte Cambio) que muestra a una persona escalando hacia la cumbre (véase el dibujo en la sesión 2). Para las dos situaciones de alto riesgo de este ejercicio, se les pide a los clientes que identifiquen acontecimientos (es decir, precipitantes que harían que la conducta se diera) y consecuencias a corto y largo plazo. Finalmente, antes de planificar la siguiente sesión se les pregunta a los clientes: *«Hoy hemos hablado de muchas cosas. ¿Qué destacarías?»*.

SESIÓN 2

Discusión de los autorregistros (Alcohol: ficha del cliente 3.2; Drogas: ficha del cliente 3.3)

A menos que haya una razón primordial (por ejemplo, cliente en crisis) para comenzar con otro tema, en las sesiones siguientes el terapeuta comienza preguntando al cliente cómo le ha ido la semana y mirando el autorregistro. Se pide a los clientes que describan los principales acontecimientos de la semana y cómo han afectado al consumo de sustancias o a los deseos de consumir. De nuevo es importante no perder el tiempo con los detalles de cada día, sino discutir los acontecimientos destacados. A este respecto, el terapeuta puede pedir al cliente que resuma los acontecimientos principales

de la semana pasada en relación con el consumo de alcohol o drogas y hacer preguntas relacionadas con aspectos específicos de los autorregistros (por ejemplo, *«He visto que el jueves pasado sentiste deseos de beber o consumir drogas, pero no lo hiciste. ¿Cómo fuiste capaz de hacerlo?»*).

Discusión de la lectura Identificar precipitantes (ficha del cliente 4.5) y Ejercicio (ficha del cliente 4.6)

La lectura *Identificar precipitantes* es una hoja breve que: 1) explica cómo completar la tarea para casa, *Identificar precipitantes*, y la tarea relacionada para la siguiente sesión, *Desarrollar nuevas alternativas y planes de acción*, y 2) presenta una perspectiva cognitiva de la prevención de recaídas sobre el cambio (es decir, puede haber consumo de sustancias no planificados durante el tratamiento, siendo muy importante cómo uno responde a los deslices). La lectura indica que el cambio del consumo de alcohol o drogas con frecuencia está unido a altibajos (Hunt, Barnett y Branch, 1971; Marlatt y Donovan, 2005; Witkiewitz y Marlatt, 2004). Por ello, es importante que los clientes tengan una perspectiva realista del cambio (es decir, el Monte Cambio) y consideren los deslices, si ocurrieran, como experiencias de aprendizaje.

Se pregunta primero a los clientes qué les llamó la atención de la lectura y del ejercicio, así como de la parte de prevención de recaídas de la lectura. Después se les pide que hablen de las dos situaciones de alto riesgo que identificaron para el consumo de alcohol o drogas, incluyendo la descripción de las consecuencias a corto y largo plazo relacionadas con esas dos situaciones.

Lo que sigue es una discusión en profundidad de los aspectos de la prevención de recaídas de la lectura.

El Monte Cambio y la prevención de recaídas

El objetivo de la figura y discusión del Monte Cambio en la lectura es ofrecer a los clientes una perspectiva realista del cambio y ayudarles a comprender que si se diera algún desliz no debe verse como un retroceso grave. Aunque la prevención de recaídas incluye de forma tradicional la identificación de situaciones de alto riesgo y el entrenamiento en habilidades para manejar estas situaciones (Marlatt y Donovan, 2005), los tratamientos breves, como es el caso del ACD, no incluyen normalmente el entrenamiento en habilidades (aunque la flexibilidad inherente a este enfoque permitiría este entrenamiento si fuera necesario). Es importante que los clientes se familiaricen con los componentes cognitivos de la prevención de recaídas, porque los problemas del consumo de sustancias pueden ser recurrentes (véase figura 4.1).

La discusión de la lectura del terapeuta con los clientes, como es el caso de todas las lecturas y ejercicios del ACD, se realiza utilizando un enfoque de entrevista

motivacional, más que aleccionando sobre la posibilidad de los retrocesos. Por ejemplo, el terapeuta puede decir: *«En la tarea para casa había un dibujo llamado Monte Cambio. ¿Por qué crees que lo incluimos?»*. Al discutir la posibilidad de la recaída, hemos encontrado útil comenzar comparándola con un simulacro de incendios. Preguntamos a los clientes: *«¿Por qué crees que la mayor parte de los colegios realizan normalmente simulacros de incendios?»*. La mayor parte de los clientes responden diciendo: *«La gente necesita prepararse por si hubiera un incendio»*. Al oír esto, los terapeutas pueden decir: *«De eso trata esta lectura; aunque no esperamos que aparezcan problemas, tiene sentido pensar en qué hacer si se diera un desliz»*.

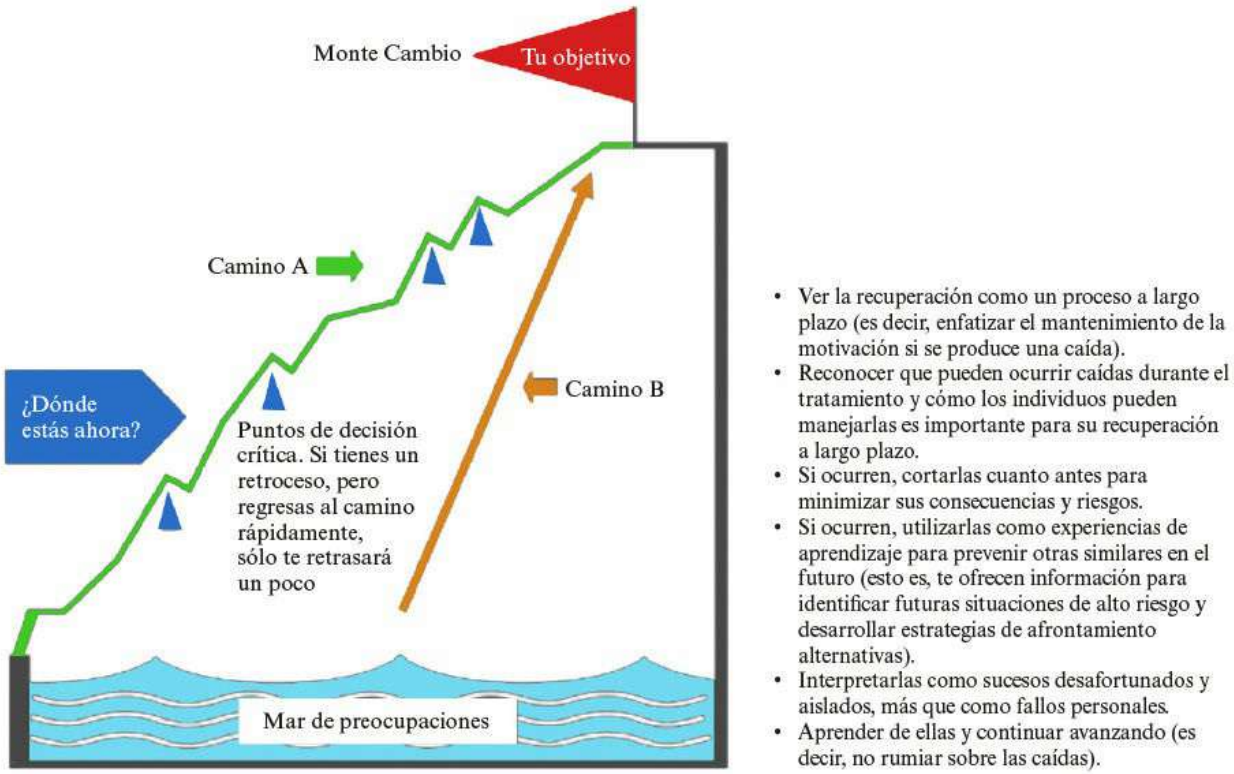


Figura 4.1.—Componentes cognitivos del modelo de prevención de recaídas.

Aprendiendo a montar en bicicleta

El proceso de recuperación puede compararse con aprender a montar en bicicleta. Al utilizar esta analogía, se puede preguntar a los clientes si alguna vez han aprendido a montar en bicicleta. Como la mayoría responderán «Sí», el terapeuta puede preguntar después si alguna vez se han caído y qué ocurrió (por ejemplo, *«me magullé la rodilla, pero luego me monté de nuevo»*). La razón por la que los terapeutas hacen esto aquí es porque el cambio en el consumo de sustancias es a veces como aprender a montar en bicicleta. Es una habilidad. Aunque algunos lo aprenden enseguida, otros pueden caer

varias veces; pero continúan y, con el tiempo, aprenden a montar con éxito sin caer.

Identificar precipitantes

El ejercicio *Identificar precipitantes* está relacionado con la lectura *Identificar precipitantes* (véase ficha del cliente 4.6), que pide a los clientes que identifiquen situaciones personales de alto riesgo para el consumo de alcohol o drogas y que valoren las consecuencias a corto y largo plazo de consumir en esas situaciones. Lo que se pide a los clientes que hagan en este ejercicio es que formulen un análisis funcional de su consumo de alcohol o drogas, identificando sus situaciones de alto riesgo de bebida o de consumo de drogas y las consecuencias asociadas.

Los clientes demuestran diversas competencias cuando completan esta tarea. Empezamos preguntándoles qué les llamó la atención del ejercicio para casa y les pedimos que cuenten las dos situaciones de alto riesgo de consumo de sustancias y las consecuencias que identificaron (por ejemplo, *«Háblame de las situaciones precipitantes que has descrito y sus consecuencias»*). Realizar la tarea para casa antes de la sesión hace que el tratamiento sea más eficiente, porque los clientes ya han reflexionado sobre su consumo de alcohol o drogas. Si las respuestas al ejercicio no son muy descriptivas, pueden desarrollarse durante la discusión. En el caso de aquellos clientes que han tenido dificultades identificando precipitantes o consecuencias, los terapeu tas pueden analizar más este ejercicio en la sesión. Un objetivo importante del ejercicio es que los clientes comprendan por qué consumen alcohol o drogas en las situaciones de alto riesgo. Esta comprensión es vital para desarrollar planes con el fin de detener el consumo problemático de alcohol o drogas.

Cuestionario breve de confianza situacional: revisión de los perfiles personalizados de alto riesgo de consumo de alcohol o drogas (ficha del cliente 4.7)

Además de revisar las dos situaciones precipitantes identificadas en la tarea para casa, los terapeutas ofrecen a los clientes *feedback* adicional sobre las situaciones de alto riesgo del BSCQ (apéndice D) que completaron en la evaluación. El BSCQ pide a los clientes que valoren su confianza (es decir, autoeficacia), en una escala del 0 por 100 al 100 por 100, de que *en la actualidad* (esto es, medida de estado) serían capaces de resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas en ocho situaciones que frecuentemente se consideran precipitantes de la recaída: *emociones desagradables, malestar físico, probar el control personal, necesidad física, momentos agradables con otros, conflictos con otros, emociones agradables y presión social para beber* (Annis, 1986; Marlatt y Gordon, 1985). Hemos encontrado que a los grupos de situaciones que el cliente describe como de alto riesgo se les puede dar una etiqueta abreviada, que ayuda a los clientes a recordar mejor los tipos de situaciones que suelen ser problemáticas para

ellos.

La tabla 4.2 enumera las ocho categorías BSCQ de situaciones de alto riesgo, así como los nombres de los perfiles y sus descripciones. La figura 4.2 presenta ejemplos gráficos de cada uno de los seis perfiles BSCQ. En los clientes con problemas de alcohol, la investigación ha mostrado que los perfiles de afecto positivo tienen normalmente historias de consumo de sustancias menos graves, mientras que aquellos que tienen historias más graves se caracterizan más por perfiles de afecto negativo (Cunningham, Sobell, Sobell, Gavin y Annis , 1995). En las fichas del cliente 4.7 y 4.9 se muestran, respectivamente, un ejemplo de perfil BSCQ cumplimentado en la evaluación y dado a los clientes en la sesión 2, y un ejemplo de perfil comparativo (es decir, cambios de la evaluación a la sesión 3) dado a los clientes en la sesión 4. Para crear perfiles BSCQ parecidos a los de las fichas del cliente 4.7 y 4.9, los lectores pueden utilizar una hoja de cálculo de Excel, que se puede descargar de forma gratuita en http://www.nova.edu/gsc/online_files.html.

TABLA 4.2

BSCQ: ocho categorías de situaciones de alto riesgo[1] *y etiquetas de los perfiles*

Situaciones de alto riesgo:

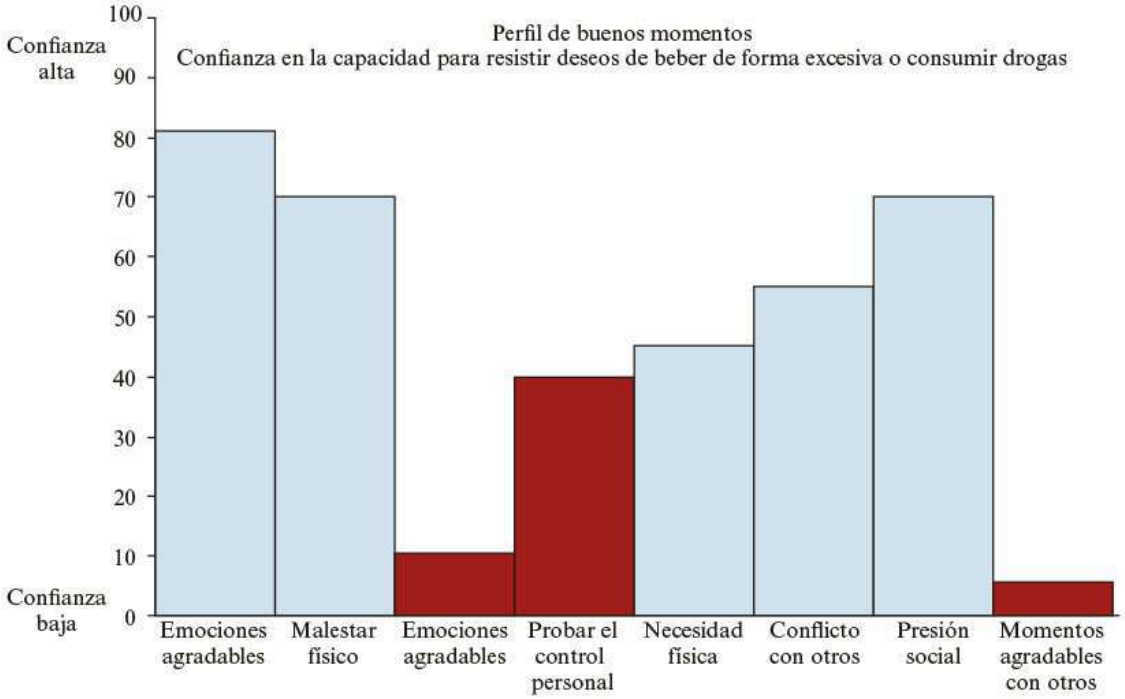
1. Emociones desagradables (por ejemplo, *«Si estuviera deprimido en general»; «Si las cosas me estuvieran saliendo mal»*).
2. Malestar físico (por ejemplo, *«Si no pudiera dormir»; «Si me sintiera nervioso y tenso»*).
3. Emociones agradables (por ejemplo, *«Si me sintiera muy contento y quisiera celebrarlo»; «Si todo fuera por buen camino»*).
4. Poniendo a prueba mi control (sobre el consumo de sustancias; por ejemplo, *«Si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol o con las drogas»; «Si me sintiera seguro de poder beber sólo unas copas o que pudiera controlar el consumo de drogas»*).
5. Necesidad física (por ejemplo, *«Si tuviera urgencia de beber una copa o consumir drogas»; «Si estuviera en una situación en la que hasta ahora bebía una copa o consumía drogas»*).
6. Conflicto con otros (por ejemplo, *«Si tuviera una discusión con un amigo»; «Si no me llevara bien con los demás en el trabajo»*).
7. Presión social para beber (por ejemplo, *«Si alguien me presionara a beber»; «Si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa»*).
8. Momentos agradables con otros (por ejemplo, *«Si quisiera celebrarlo con un amigo»; «Si me estuviera divirtiendo en una fiesta y quisiera sentirme mejor»*).

Etiquetas de los perfiles:

- Momentos agradables: el consumo se relaciona principalmente con estados afectivos positivos; en este perfil muestra baja confianza en sí mismo en las siguientes dos categorías de alto riesgo: *emociones agradables* o *momentos agradables con otros.*
- Buenos momentos, Presión social: el consumo se relaciona principalmente con estados afectivos positivos y presión social; en este perfil muestra baja confianza en sí mismo en la categoría presión social y al menos en una de las dos siguientes categorías: *emociones agradables* y *momentos agradables con otros.*
- Afecto negativo: el consumo se relaciona principalmente con estados afectivos negativos; en este perfil muestra baja confianza en sí mismo en dos de las siguientes tres categorías de alto riesgo: *emociones desagradables, conflicto con otros* y *necesidad física.*
- Probar el control personal: el consumo principalmente se da para intentar controlar el propio consumo de

alcohol o drogas; en este perfil muestra baja confianza en sí mismo en la categoría de *probar el control personal.*

- Afectivo: el consumo se relaciona principalmente con al menos un estado afectivo positivo y otro negativo; en este perfil muestra poca confianza en sí mismo en al menos una de las tres categorías siguientes de alto riesgo: *emociones desagradables, conflicto con otros* y *malestar físico;* y al menos en una de las dos categorías siguientes de alto riesgo: *emociones agradables* y *momentos agradables con otros.*
- Plano indiferenciado: El consumo se relaciona principalmente con el consumo diario de alcohol o drogas; aunque puede variar el nivel de confianza en sí mismo, este perfil carece de picos marcados para alguna de las ocho categorías de alto riesgo.



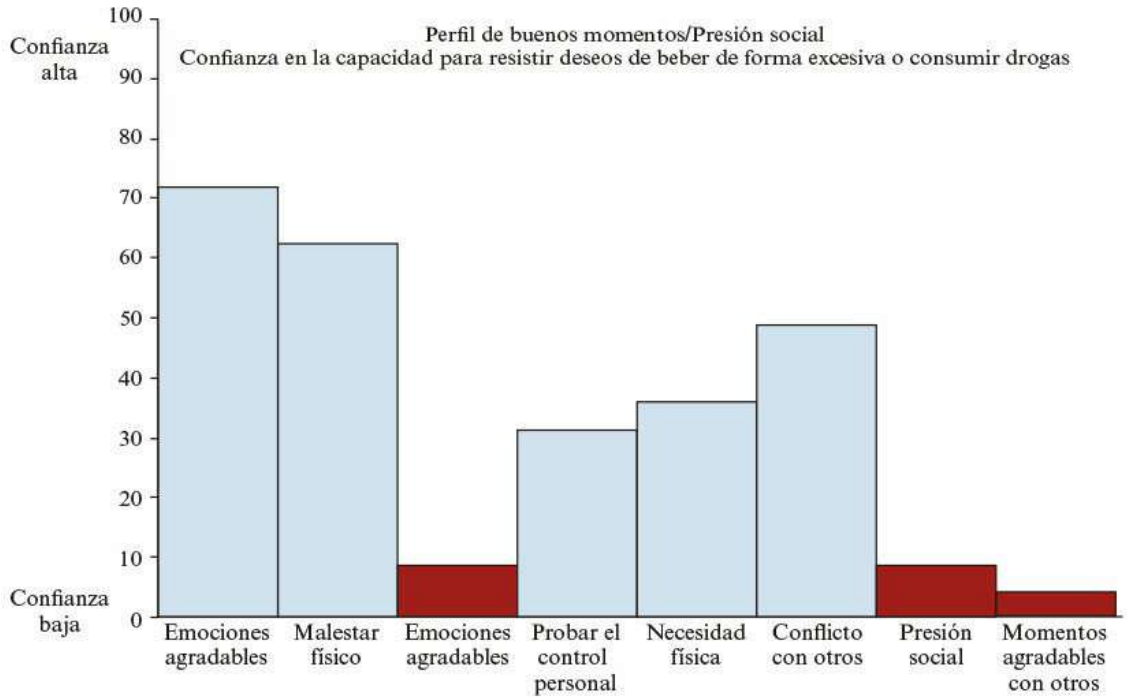


Figura 4.2.—Ejemplos de gráficos de los seis tipos de perfiles BSCQ.

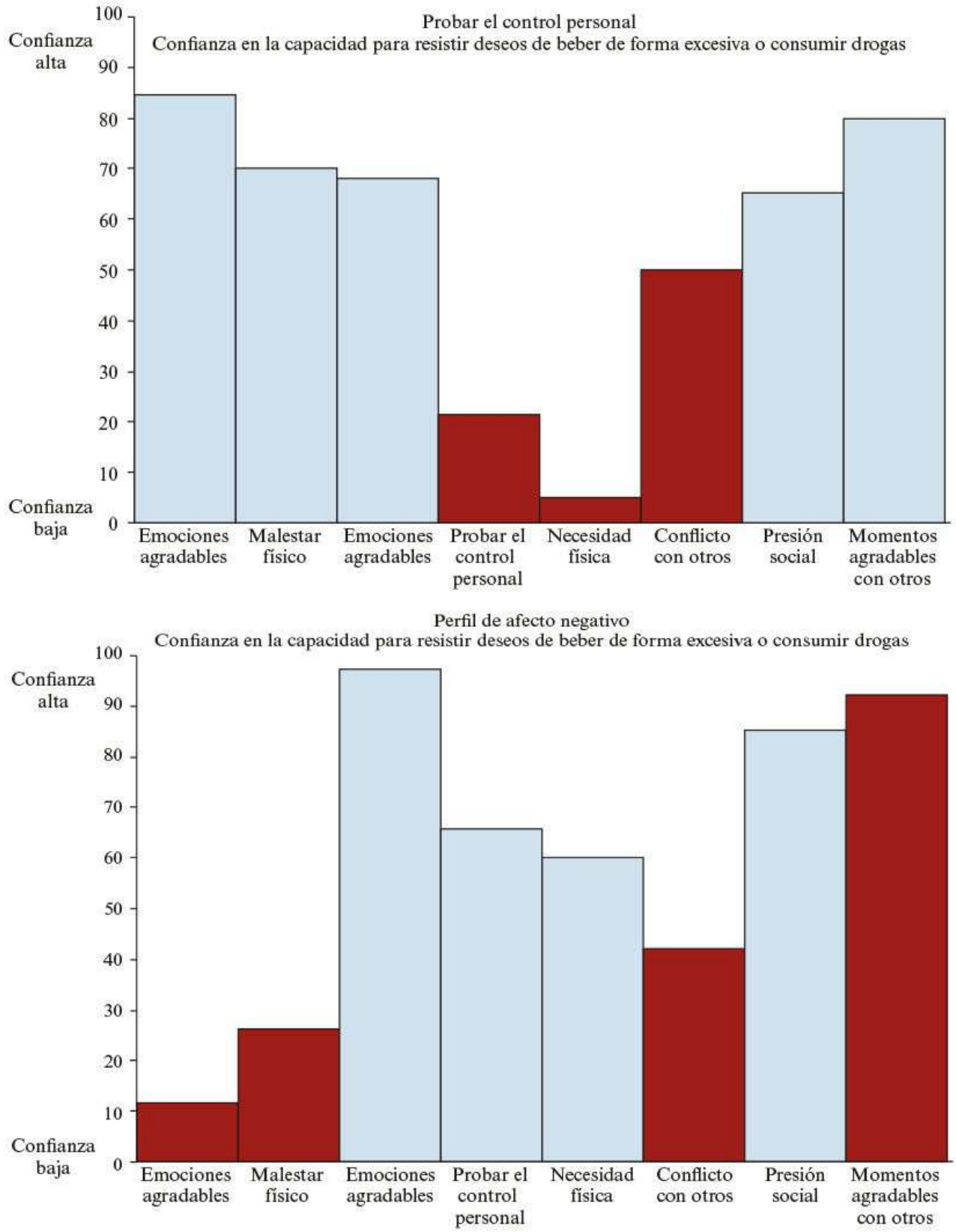
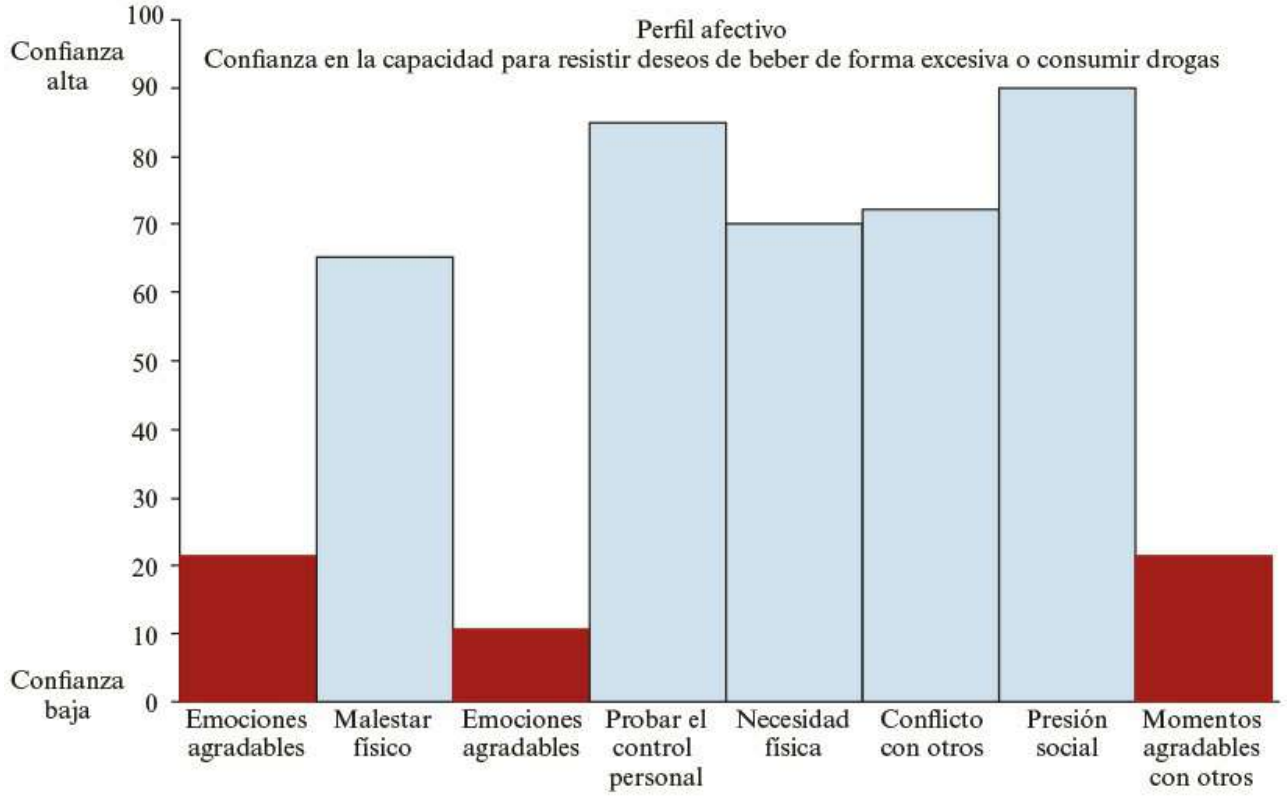


Figura 4.2. *(continuación)*



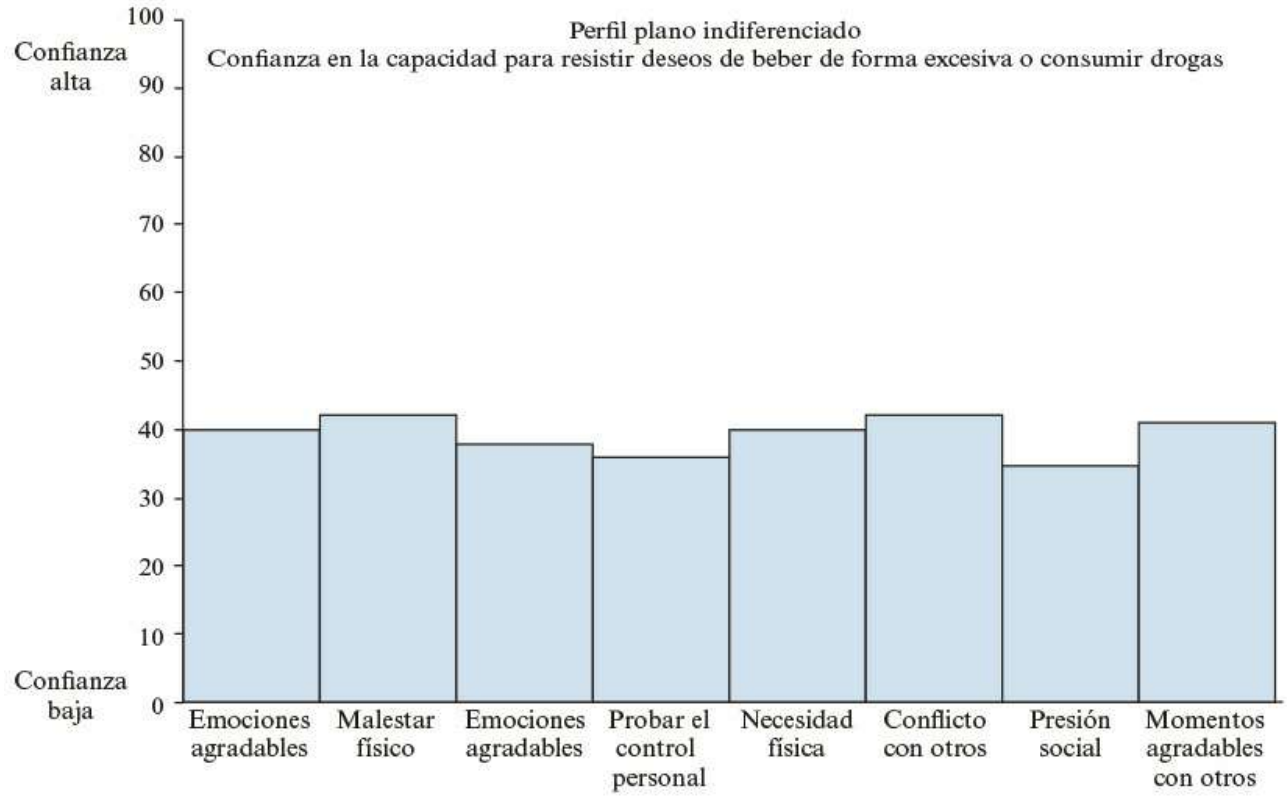


Figura 4.2. *(continuación)*

A continuación se muestra un ejemplo de cómo ofrecer *feedback* sobre el BSCQ a los clientes. Esta discusión se centra en que los clientes relacionen sus puntuaciones en el BSCQ y su perfil (por ejemplo, Buenos momentos/Presión social) con las dos situaciones precipitantes que describieron en la tarea para casa (ficha del cliente 4.6). Nuestra experiencia es que en la mayor parte de los casos las situaciones precipitantes descritas en la tarea para casa se corresponden con las situaciones en las que indican tener menor confianza en el BSCQ. Cuando no ocurre así es porque muestran poca confianza en todas o en casi todas de las ocho situaciones (es decir, perfil indiferenciado). Estos perfiles reflejan con frecuencia consumo diario excesivo de alcohol o consumo diario de drogas que, por su naturaleza crónica, no es específico a una situación.

EJEMPLO DE OFRECER FEEDBACK A LOS CLIENTES SOBRE EL BSCQ EN LA SESIÓN 2

Nota: de forma previa a esta discusión, el terapeuta completa un perfil BSCQ similar al mostrado en la ficha del cliente 4.7, que contiene las respuestas del cliente de la entrevista de evaluación.

«En la evaluación completaste un cuestionario llamado Cuestionario Breve de Confianza Situacional en el que te pedí que valoraras hasta qué punto te sentías seguro de resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas en ocho situaciones. Lo que he hecho es pasar a un gráfico tus respuestas para mostrarte hasta qué punto dijiste que te sentías seguro de resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas en esas situaciones. También he resaltado las tres situaciones en las que indicaste que tenías menor confianza. Mirando el gráfico, ¿qué llama la atención sobre las situaciones de alto riesgo que se relacionan con tu consumo de alcohol o drogas?»

«Hemos visto que es mas fácil recordar esas situaciones que identificaste en la escala como de alto riesgo si se utiliza un nombre que las resuma. ¿Qué ves al mirar este gráfico? [Respuestas del cliente.] *El nombre resumido que normalmente se utiliza para un perfil como el tuyo es* **[introducir la etiqueta del perfil]**.*»*

Se pueden hacer las siguientes preguntas a los clientes: *«¿Cómo se relacionan las situaciones de riesgo del gráfico con las dos situaciones precipitantes que identificaste en la tarea para casa? ¿Qué te sugiere?*

Nota: Cuando un cliente diga, por ejemplo, *«Debería estar más en guardia cuando estoy en una situación en la que me sienta mal»*), los terapeutas deberían hacer la siguiente pregunta:

«¿Qué clase de situaciones de **[introducir aquí el nombre del perfil BSCQ; por ejemplo, afecto negativo]** *crees que te podrías encontrar en las próximas semanas y cómo podrías manejarlas?»*

Readministración de la escala Dónde estás ahora (ficha del cliente 3.6)

Al final de esta sesión pedimos a los clientes que completen de nuevo la escala *Dónde estás ahora* (ficha del cliente 3.6) y que comparen sus valoraciones actuales con las que dieron en la evaluación. Esta hoja permite a los terapeutas registrar valoraciones repetidas de los clientes utilizando la escala de 10 puntos. Las valoraciones de los clientes pueden utilizarse para reforzar la evolución (por ejemplo, *«¿Cómo pasaste de un 4 en la evaluación a un 6 ahora?»*) e identificar qué es necesario para lograr un cambio

mayor (por ejemplo, *«¿Qué te llevaría a dar un paso más a un 7 o 8 en las próximas semanas?»*).

Tarea para casa: ejercicio desarrollar nuevas alternativas y planes de acción (ficha del cliente 4.8)

Antes de terminar la sesión 2 se les da a los clientes otro ejercicio para casa (ficha del cliente 4.8), Desarrollar nuevas opciones y planes de acción, para que lo completen y traigan a la sesión 3. Este ejercicio está relacionado con la lectura y el ejercicio *Identificar precipitantes*. En conjunto, la lectura y los dos ejercicios enseñan una aproximación básica a la solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971) para el consumo de sustancias que ha sido siempre parte del modelo de tratamiento de ACD (M. B. Sobell y Sobell, 1973, 1993a).

Final de la sesión: cierre y qué destacó

Antes de programar la siguiente sesión se les pregunta a los clientes: *«¿Qué destacarías de la sesión de hoy?»*.

SESIÓN 3

Las dos sesiones siguientes utilizan muchos de los procedimientos, cuestionarios y ejercicios que ya se han tratado detenidamente. En lugar de repetir la información, los lectores pueden consultar el material previo si necesitan alguna aclaración. Al comienzo de la sesión 3 se les pide a los clientes que completen un segundo BSCQ y se les indica que en la siguiente sesión recibirán *feedback*, comparando sus respuestas al BSCQ en la evaluación con las de esta sesión.

Discusión de los autorregistros (Alcohol: ficha del cliente 3.2; Drogas: ficha del cliente 3.3)

Después de que complete el BSCQ, la sesión sigue con una revisión y discusión sobre el consumo (o no consumo) de sustancias entre sesiones, utilizando los autorregistros. Como en la sesión anterior, se les pide a los clientes que describan los acontecimientos principales desde la última sesión y cómo han afectado a su consumo o deseo de consumo de sustancias. De nuevo, es importante no atascarse con los detalles de cada día, sino discutir los sucesos más desta cados.

Desarrollar nuevas alternativas y planes de acción: discutir las respuestas al

ejercicio para casa sobre el manejo de situaciones precipitantes de alto riesgo (ficha del cliente 4.8)

En el ejercicio *Desarrollar nuevas alternativas y planes de acción* se pide a los clientes que aborden las dos situaciones precipitantes del ejercicio para casa anterior (ficha del cliente 4.6): 1) identificando opciones (es decir, estrategias y alternativas para manejar la situación) que podrían utilizar para afrontar estas situaciones en lugar de consumir sustancias; 2) valorando las consecuencias de utilizar esas alternativas, y 3) desarrollando planes de acción para poner en práctica las opciones elegidas. Cuando sea po sible, es importante descomponer los planes en pequeños pasos, ya que esto permite que los clientes reconozcan su progreso y que los terapeutas refuercen la evolución de los clientes. De forma consistente con el énfasis del tratamiento de ACD en fortalecer que los clientes asuman un papel activo en su tratamiento, la realización de la tarea para casa hace que los clientes desarrollen su propio plan de tratamiento. La mayor parte de los clientes desarrollan bien las estrategias y planes de tratamiento, pero cuando no sea así los terapeutas pueden ayudarles durante la sesión a desarrollar planes realistas de cambio.

Al utilizar un enfoque de entrevista motivacional, los terapeutas pedirán a los clientes que hablen sobre los planes de cambio que describieron en este ejercicio para casa (por ejemplo, *«Háblame de las alternativas que has elaborado para resistir la presión social»*). Aunque se discuten con detalle los planes propuestos, también hacemos hincapié en que se puede utilizar la misma estrategia de solución de problemas para afrontar situaciones de riesgo no anticipadas que no han descrito en su tarea para casa. En otras palabras, se les hace conscientes de que están aprendiendo una estrategia de solución de problemas, un enfoque que puede generalizarse a futuras situaciones de alto riesgo.

Tareas para casa: poner en práctica las alternativas, readministración de la valoración de objetivo y solicitud de sesiones adicionales

Al finalizar la discusión de la tarea para casa *Desarrollar nuevas alternativas y planes de acción,* se les pregunta si hay alguna situación de alto riesgo que crean que pudiera ocurrir entre ésta y la próxima sesión. Si identifican alguna situación, se les pide que formulen planes para afrontarlas. Se les entrega también otra hoja de valoración de objetivo (*Abstinencia:* ficha del cliente 3.4; *Bebida controlada de bajo riesgo:* ficha del cliente 3.5), para que la completen y traigan en la próxima sesión. Como se indicó anteriormente, la hoja de valoración de objetivo con la opción de bebida controlada de bajo riesgo (ficha del cliente 3.5) sólo se entrega a los clientes con problemas de alcohol que no tienen contraindicaciones para beber alcohol.

Finalmente, aunque la mayoría de los tratamientos breves para los trastornos por

consumo de sustancias muestran resultados de tratamiento positivos y una proporción sustancial de clientes muestran una mejora temprana y mantenida (Breslin, Sobell, Sobell, Buchan y Cunningham, 1997), no todos mejoran lo suficiente a corto plazo. Por tanto, es importante ser sensible a las diferencias interindividuales entre los clientes, de modo que la duración del tratamiento debe adaptarse de forma individual. Por ello, el modelo de tratamiento de ACD permite que los clientes soliciten sesiones adicionales. En lugar de abordar la posibilidad de sesiones adicionales en una discusión en la que los clientes puedan sentirse incómodos, desprevenidos o apresurados a tomar una decisión, hemos encontrado más útil entregarles una hoja de solicitud de sesiones adicionales (ficha del cliente 4.10) para que la completen y traigan en la siguiente sesión.

Final de la sesión: cierre y qué destacó

Antes de planificar la siguiente sesión se pregunta a los clientes: *«¿Qué destacarías de la sesión de hoy?»*.

SESIÓN 4

Discusión de los autorregistros (Alcohol: ficha del cliente 3.2; Drogas: ficha del cliente 3.3)

Como en la sesión 3, la sesión 4 comienza con una discusión de los autorregistros, pero en esta sesión la discusión se centra en si se dio alguna situación de riesgo desde la última sesión y cómo se manejó.

Feedback personalizado sobre los cambios: discusión del *feedback* comparativo personalizado sobre los cambios en consumo de alcohol o drogas durante el tratamiento (fichas del cliente 4.3 y 4.4, respectivamente)

Como las sesiones semiestructuradas están terminando, se ofrece a los clientes *feedback* sobre su evolución en forma de comparación de su bebida o consumo de drogas antes del tratamiento y su consumo durante el tratamiento. En la sesión 1 se dio a los clientes un resumen de *feed back* personalizado (esto es, Alcohol: ficha del cliente 4.1; Drogas: ficha del cliente 4.2), basado en lo que informaron sobre su consumo de alcohol o drogas en la evaluación. Las informaciones del consumo de alcohol y drogas durante el tratamiento se toman de los autorregistros (fichas del cliente 3.2 y 3.3, respectivamente). Las informaciones del consumo de alcohol o drogas de los autorregistros se comparan con las anteriores al tratamiento. En las hojas de los clientes 4.3 y 4.4 se muestran, respectivamente, ejemplos de *feed back* comparativo de consumo de alcohol y drogas

(90 días antes del tratamiento comparado con el período desde la evaluación hasta la sesión 3).

El *feedback* comparativo es un instrumento motivacional que permite a los terapeutas que los clientes valoren su propia evolución durante el tratamiento y que hablen sobre los cambios que han realizado (por ejemplo, *«Este gráfico muestra tu consumo de alcohol o drogas desde antes del tratamiento hasta ahora. ¿Qué te llama la atención del gráfico?»*). Si ha progresado, se puede preguntar a los clientes cómo han logrado cambiar y cómo se sienten con los cambios que han hecho (es decir, que hablen del cambio). Si han cambiado poco o nada, el gráfico comparativo ofrece el marco para discutir los obstáculos y ver cuáles son los siguientes pasos que podría dar, de nuevo desde una aproximación de mejora motivacional, dejando que los clientes reflexionen sobre su ausencia de cambio y hacia dónde quieren ir.

Valoración comparativa de objetivo: evaluación y sesión 3 (Abstinencia: ficha del cliente 3.4; Bebida controlada de bajo riesgo: ficha del cliente 3.5)

El siguiente tema de la sesión 4 es que los clientes describan lo que señalaron en su segunda valoración de objetivo y que lo comparen con su primera valoración de objetivo. Se les pregunta qué ha cambiado, si es que ha cambiado algo, y que indiquen qué ha contribuido al cambio.

Revisión del ejercicio de balance decisional (ficha del cliente 3.1)

Para esta discusión, el terapeuta revisa el ejercicio de balance decisional que los clientes completaron en la sesión 1. Se les pregunta si deberían añadirse cosas nuevas o cambiar algunas. Cuestiones importantes a preguntar son: *«Veamos el ejercicio de balance decisional que completaste al comienzo del tratamiento. ¿Hay algunas cosas buenas o menos buenas nuevas que no identificaste antes?». «¿Alguna de las cosas buenas o menos buenas originales han demostrado ser distintas a lo que esperabas?, ¿por qué?».* No es poco frecuente escuchar a los clientes decir que el cambio no era tan difícil como esperaban o mencionar un beneficio inesperado del cambio (por ejemplo, sentirse más relajados).

Cambios en el BSCQ: comparación de los perfiles de alto riesgo de consumo de alcohol o drogas completados en la evaluación (ficha del cliente 4.7) y en la sesión 3 (ficha del cliente 4.9)

En esta parte de la sesión, el terapeuta presenta a los clientes el *feedback* comparativo del BSCQ que muestra los cambios (es decir, desde la evaluación a la sesión 3) en la confianza de poder resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas en

distintas situaciones (ficha del cliente 4.9). Cuando se observa un aumento de confianza en los perfiles BSCQ, pedimos a los clientes que expliquen qué ha contribuido a aumentar su confianza. De esta manera, se hace que los clientes hablen sobre los cambios que han realizado. Además, esta discusión permite que los terapeutas tengan la oportunidad de reforzar los logros de los clientes.

Discusión de la implementación de las nuevas alternativas y planes de acción para manejar las situaciones precipitantes de alto riesgo

Como para muchos clientes la sesión 4 es su última sesión, es importante enfocarla en el mantenimiento de los cambios. Esto puede hacerse revisando hasta qué punto han sido efectivas las alternativas y planes para evitar o manejar las situaciones de alto riesgo desde la última sesión, así como qué planes han desarrollado, por si se encuentran con un obstáculo o desliz.

Readministración de la escala Dónde estás ahora (ficha del cliente 3.6)

Una vez más, se pide al cliente que complete la escala *Dónde estás ahora*. Se discute la nueva valoración y se compara con las valoraciones de la evaluación y de la sesión 2. Como la mayor parte de los clientes habrán mejorado algo, una buena pregunta a realizar es: «*¿Cómo pasaste de donde estabas cuando comenzaste el tratamiento a donde estás ahora, y cómo te sientes con el cambio?*».

Solicitud de sesiones adicionales (ficha del cliente 4.10)

Normalmente, la hoja de solicitud de sesiones adicionales se discute casi al final de esta sesión. Sin embargo, si un cliente no está realizando cambios, un buen punto de partida es discutir esta hoja después de la discusión de cualquier ejercicio de comparación que demuestre una falta de progreso sustancial a lo largo del tratamiento (por ejemplo, la escala *Dónde estás ahora*). A los clientes que no soliciten sesiones adicionales se les puede recordar que el terapeuta les hará una llamada telefónica de seguimiento aproximadamente un mes después de la última sesión, para ver cómo les ha ido, y que en ese momento pueden solicitar más sesiones si tienen preocupaciones o mayores problemas. Si los clientes solicitan sesiones adicionales el terapeuta habla sobre ello, así como sobre los objetivos de las sesiones adicionales, y programa la siguiente cita. Las sesiones adicionales y el seguimiento permiten flexibilizar e individualizar el tratamiento tanto como necesiten los clientes. A este respecto, en el estudio que comparaba el tratamiento de ACD en formato grupal versus individual, en el seguimiento de un año el 64 por 100 de los entrevistados creían que las llamadas de seguimiento eran útiles, y al 23 por 100 les hubiera gustado recibir más llamadas (L. C.

Sobell et al., 2009).

Fin de la sesión: cierre y qué destacó

Se les pregunta a los clientes, *«¿Qué destacarías de la sesión de hoy?»*.

RESUMEN

Este capítulo ha presentado una descripción detallada de cómo llevar a cabo el ACD utilizando un formato de terapia individual. Utilizando un estilo de entrevista motivacional, los terapeutas conducen a los clientes a lo largo de los componentes principales de la intervención. Estos componentes incluyen recibir *feedback* basado en la información dada en la evaluación, establecer objetivos, valorar la motivación utilizando el ejercicio de balance decisional, llevar a cabo un análisis funcional de los factores que llevan a un consumo problemático de la sustancia, y aplicar una enfoque de solución de problemas para desarrollar planes para el cambio. Con la ayuda de los terapeutas, los clientes pueden asumir mayor responsabilidad para desarrollar una comprensión básica de su problema y sentar la base de su motivación para el cambio, así como para generar y poner en marcha un plan razonable para el cambio.

NOTAS

1 Situaciones que los clientes indican como precipitantes de la recaída (Marlatt y Donovan, 2005).

OBJETIVOS, PROCEDIMIENTOS, FICHAS DEL CLIENTE Y PAUTAS CLÍNICAS Y DIÁLOGOS

Sesión individual 1

FICHA T 4.1

OBJETIVOS DE LA SESIÓN [2]

- Seguir de cerca cualquier duda desde la evaluación.
- Revisar la evolución del cliente.
- Revisar y discutir la valoración del objetivo, ofreciendo pautas o información sobre contraindicaciones, en el caso de que no sea adecuado.
- Revisar los autorregistros de acuerdo al objetivo que tenga el cliente.
- Ofrecer al cliente *feedback* personalizado basado en la evaluación.
- Asignar tareas para casa y dar instrucciones para la sesión 2.

ANTES DE LA SESIÓN

- Revisar la información de la evaluación e identificar cualquier área que necesite mayor información o clarificación.
- Preparar *feedback* basado en la información de la evaluación.
- Preparar nuevas tareas para casa para el cliente (fichas del cliente 4.5 y 4.6).

PROCEDIMIENTOS DE LA SESIÓN

- Introducir la sesión.
- Revisar y discutir los autorregistros que ha completado el cliente; copiar y registrar los datos.
- Revisar y discutir la comprensión del cliente sobre la lectura para casa en el ejercicio de *Identificar precipitantes.*
- Ofrecer al cliente *feedback* personalizado de la evaluación y discutirlo.
- Revisar y discutir la hoja cumplimentada de valoración del objetivo con el cliente.
- Revisar y discutir el ejercicio de balance decisional cumplimentado con el cliente.
- Realizar al cliente la pregunta «de los cinco millones de dólares» y afirmar que el cambio es una elección.
- Final de la sesión: qué destacarían de la sesión de hoy, recordándoles que realicen la tarea para casa; programar la siguiente sesión.

FICHAS DEL CLIENTE

- Lectura: Identificar precipitantes (ficha del cliente 4.5).

- Ejercicio: Identificar precipitantes (ficha del cliente 4.6).

COMPLETAR ANTES DE LA SESIÓN 2

- Revisar y hacer anotaciones de la sesión.
- Preparar los gráficos BSCQ para la sesión 2 basándose en la evaluación BSCQ.

PAUTAS CLÍNICAS Y DIÁLOGOS PARA QUE LOS TERAPEUTAS DIRIJAN LA SESIÓN 1 DE TERAPIA INDIVIDUAL

Auto-observación y valoraciones de objetivos

Terapeuta (T): *«¿Cómo te ha ido la semana?»*

Nota para el terapeuta: Centrar la discusión en los principales acontecimientos o patrones. No dejar que los clientes relaten la semana día por día. Utilizar la siguiente pregunta como punto de partida para discutir lo que los pacientes anotaron en sus autorregistros. El terapeuta puede comenzar diciendo: *«Veamos lo que has anotado en tu autorregistro»*.

Nota para el terapeuta: Esta sección es para los clientes que eligieron un objetivo de abstinencia (incluyendo a los clientes con problemas de drogas).

T: *«Ahora, veamos tu hoja de valoración de objetivo»* (ficha del cliente 3.4).

T: *«¿Qué anotaste sobre la importancia de tu objetivo? ¿Por qué seleccionaste un* **[introducir # lo que dio]** *en lugar de un* **[más bajo #]***?»*

T: *«¿Qué pusiste en "hasta qué punto confías en conseguir tu objetivo"? ¿Por qué seleccionaste un* **[introducir # lo que el cliente dio]** *en lugar de un* **[más bajo #]**?»

T: (En el caso de que sea adecuado) *«Así que parece que definitivamente quieres dejar de consumir alcohol o drogas. ¿Qué podría obstaculizar tu camino?»*

Nota para el terapeuta: Esta sección es para los clientes que seleccionaron un objetivo de bebida controlada de bajo riesgo en el que no existan contraindicaciones. Deja que los clientes digan el objetivo que han seleccionado: abstinencia o bebida de bajo riesgo.

T: *«Ahora, veamos tu hoja de valoración de objetivo»* (ficha del cliente 3.5)

T: *«Dime el objetivo que has seleccionado.»*

Posibles preguntas

T: *«¿Cómo llegaste a elegir tu objetivo?»*

T: *«¿Hasta qué punto es realista este objetivo para ti?»*

Explicar las pautas de la bebida controlada de bajo riesgo

T: *«Tenemos algunas pautas para la bebida controlada de bajo riesgo que me gustaría revisar contigo. Una de las pautas se conoce como la regla 3/4. Recomendamos que no bebas más de 3 copas al día no más de 4 días por semana, que no bebas en situaciones de alto riesgo y que no bebas más de una copa por hora.»*

Nota para el terapeuta: Utilizar sólo si el objetivo del cliente está dentro de las pautas recomendadas.

T: *«Así que, como puedes ver, tu objetivo está dentro de los límites recomendados.»*

Nota para el terapeuta: Utilizar sólo si el objetivo del cliente excede las pautas recomendadas.

T: *«Tu objetivo está por encima de nuestras pautas recomendadas de bebida controlada de bajo riesgo. Ahora que hemos revisado las pautas, ¿cómo ves tu objetivo?»*

Nota para el terapeuta: El cliente puede cambiar el objetivo para estar dentro de las pautas. Si el cliente continúa eligiendo un objetivo que excede las pautas, el terapeuta puede decir: *«Aunque tu objetivo excede nuestra recomendación, es menos de lo que bebías de media antes de venir a tratamiento. ¿Te verías reduciendo aún más tu consumo de alcohol en los próximos meses?»*

T: *«¿Qué pusiste en las circunstancias bajo las que no beberías y en las situaciones en las que era más seguro que bebieras de forma controlada?»*

T: *«¿Por qué piensas que dejamos que cada uno seleccione su propio objetivo?»*

T: *«Ahora, veamos las valoraciones sobre la importancia y la confianza.»*

T: *«¿Qué pusiste en la importancia de tu objetivo? ¿Por qué seleccionaste un* **[introducir # dado por el cliente]** *en lugar de un* **[más bajo #]***?»*

T: *«¿Que pusiste en "hasta qué punto confías en alcanzar tu objetivo"? ¿Por qué seleccionaste un* **[introducir # dado por el cliente]** *en lugar de un* **[más bajo #]***?»*

T: (Si corresponde) *«Entonces, parece que justo ahora es muy importante cambiar tu forma de beber. ¿Qué podría obstaculizar tu camino?»*

Nota para el terapeuta: Con los clientes que muestran ambivalencia en su objetivo, el terapeuta puede preguntar: *«Por una parte parece que tu objetivo es importante y quieres cambiar, pero por otra estás preocupado por otras muchas cosas de tu vida, como tu carrera profesional y tu familia, que son una prioridad para ti en este momento. Si no haces algunos cambios ahora, ¿qué efecto piensas que tendrá el consumo de* **[introducir el nombre de la sustancia]** *en tu vida el próximo año?»*. El terapeuta podría continuar con: *«¿Qué crees que te llevaría a dejar de consumir* **[introducir el nombre de la sustancia]** *ahora?»*

Ofrecer *feedback* a los clientes de los datos de la evaluación

T: *«Si recuerdas, en la sesión de evaluación te hice muchas preguntas y completaste algunos cuestionarios sobre tu consumo de alcohol o drogas, incluyendo un calendario que mostraba tu consumo de alcohol o drogas en los meses anteriores. Hemos extraído esta información y preparado un resumen de* feedback *personalizado para que veas dónde se sitúa tu consumo de alcohol [o drogas] en comparación con el de otros. Esto ofrece información a la gente para que pueda tomar decisiones más informadas sobre el cambio.»*

Nota para el terapeuta: Muestra al cliente una copia del resumen sobre el *feedback* que se preparó (Alcohol: ficha del cliente 4.3; Drogas: ficha del cliente 4.4).

T: *«Entonces dijiste beber, de media,* **[introducir #]** *copas por semana. En este gráfico, ¿dónde te sitúas en relación a todos los hombres/mujeres que beben?»*

T: *«Al final de esta página figura tu puntuación en el AUDIT [o DAST-10], que indica la gravedad del consumo que has informado de alcohol [o drogas]»* (AUDIT: ficha del cliente 4.1; DAST-10: ficha del cliente 4.2).

Nota para el terapeuta: Si los clientes se sorprenden por el nivel de gravedad de su consumo de alcohol o drogas en el AUDIT o el DAST-10, el terapeuta puede decir: *«Bien, veamos tus respuestas a alguna de las preguntas».*

Ejercicio de balance decisional (ficha del cliente 3.1)

T: *«La semana pasada también te pedimos que completaras y trajeras a esta sesión un ejercicio de balance decisional. ¿Qué conclusión obtuviste del ejercicio?»*

Indagar y discutir utilizando preguntas abiertas, seguidas de reflejos y, cuando sea apropiado, resúmenes. Las respuestas deberían incluir alguna mención a lo siguiente:

T: *«Este ejercicio puede ayudarte a organizar y valorar las cosas buenas y menos buenas de tu consumo de alcohol o drogas. También te ayuda a ver la gama completa de cosas buenas y menos buenas.»*

T: *«Dime lo que indicaste como cosas buenas del consumo* **[introducir el nombre de la sustancia]***».*

T: *«Ahora, ¿cuáles son las cosas menos buenas?»*

T: *«De acuerdo, ¿que pusiste como cosas buenas y menos buenas de cambiar?»*

Nota para el terapeuta: Es importante que el cliente sea consciente de los posibles costes del cambio, porque ello ofrece el marco para planificar cómo evitar o minimizar esos costes.

La pregunta de los cinco millones de dólares (última parte del ejercicio de balance decisional, ficha del cliente 3.1)

T: *«Ahora que hemos discutido las cosas buenas y menos buenas de tu consumo de alcohol o drogas, ¿qué te haría inclinar la balanza y cambiar tu conducta justo en este momento? ¿Qué pasaría si te ofreciera 5 millones de dólares por cambiar tu consumo de alcohol o drogas un solo día?»*

Como la mayor parte de los clientes responden afirmativamente, el terapeuta podría preguntar: *«Entonces, ¿qué te dice eso?»*. El terapeuta podría decir luego: *«Bien, yo no tengo 5 millones de dólares, pero lo que te pedimos es que pienses en cuál es tu precio personal para cambiar»*.

Nota para el terapeuta: La idea es que el cambio es una elección que las personas pueden hacer, aunque podría ser una elección difícil. Una vez que el cliente reconozca que el cambio es una elección, entonces la cuestión es qué le llevara a tomar esa elección.

Explicar la lectura y el ejercicio Identificar precipitantes (fichas del cliente 4.5 y 4.6, respectivamente)

T: *«Cambiemos de tema y veamos la siguiente tarea para casa.»*

T: *«He visto que mencionaste algunas situaciones en las que percibiste que el consumo de alcohol y drogas te ha causado algunos problemas, y que nos lleva a la siguiente tarea para casa, que es sobre identificar precipitantes. Esta tarea para casa tiene dos partes: una lectura breve y luego el ejercicio* Identificar precipitantes. *Deberías leer la lectura primero, y después hacer el ejercicio, que implica identificar tus dos situaciones de mayor riesgo de consumo de alcohol o drogas en el último año. Nos gustaría que describieras con detalle los precipitantes, incluyendo dónde y cuándo tuvo lugar y las consecuencias que siguieron al consumo de alcohol o drogas. Al comienzo de la hoja se explica cómo completar el ejercicio. El hecho de realizar esta tarea para casa y traerla la próxima sesión nos da la oportunidad de hablar más sobre estas situaciones de alto riesgo y analizar por qué han sido un problema para ti.»*

Final de la sesión: Qué destacó

T: *«Hablamos de muchas cosas hoy. ¿Qué destacarías?»*

NOTAS

2 Del *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach* de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar de esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

OBJETIVOS, PROCEDIMIENTOS, FICHAS DEL CLIENTE Y PAUTAS CLÍNICAS Y DIÁLOGOS

Sesión individual 2

FICHA T 4.2

OBJETIVOS DE LA SESIÓN [3]

- Revisar la evolución del cliente.
- Identificar situaciones de alto riesgo basándose en la tarea para casa y el BSCQ.
- Asignar la tarea para casa y dar las instrucciones para la sesión 3.

ANTES DE LA SESIÓN

- Tener preparado *feedback* personalizado del perfil BSCQ basándose en la evaluación del BSCQ.
- Preparar nueva tarea para casa para el cliente (ficha del cliente 4.8).

PROCEDIMIENTOS DE LA SESIÓN

- Introducir la sesión.
- Revisar y discutir el autorregistro del cliente; copiar o registrar los datos.
- Revisar y discutir las respuestas del cliente al ejercicio para casa *Identificar precipitantes.*
- Ofrecer al cliente *feedback* del perfil BSCQ (ficha del cliente 4.7) y discutir la relación con las respuestas de la tarea para casa *Identificar precipitantes.*
- Que el paciente complete la escala *Dónde estás ahora* (ficha del cliente 3.6) y comparar con la respuesta al mismo cuestionario en la evaluación.
- Fin de la sesión. Preguntar qué se destacaría de la sesión, programar la siguiente sesión y recordar al cliente que realice la tarea para casa.

Fichas del CLIENTE

- Ejercicio: Desarrollar alternativas y planes de acción (ficha del cliente 4.8).
- Preparar la escala *Dónde estás ahora* para utilizarla en esta sesión.

COMPLETAR ANTES DE LA SESIÓN 3

- Revisar y hacer anotaciones de la sesión.

Revisión de los autorregistros

Terapeuta (T): *«¿Cómo te han ido las cosas desde la última sesión?»* [Se trata de que los clientes hablen sobre los autorregistros].

El terapeuta puede comenzar diciendo: *«Veamos qué pusiste en tus autorregistros desde la última sesión».*

Nota para el terapeuta: Recuerda atender a una visión de conjunto más que a un informe día por día. En ésta y en las siguientes sesiones el terapeuta debería reflejar lo que dice el cliente y cómo le ha ido la semana. Por ejemplo, el terapeuta podría reflejar: *«Parece que fue una buena semana, porque hiciste cambios significativos desde la última sesión. ¿Cómo te sientes con esos cambios?»* o *«Parece que todavía te esfuerzas por no beber o consumir drogas».*

Discutir la lectura y el ejercicio Identificar precipitantes (fichas del cliente 4.5 y 4.6, respectivamente)

T: *«Veamos la lectura y la tarea para casa de identificar precipitantes que te llevaste a casa la semana pasada»* (Lectura: ficha del cliente 4.5; Ejercicio: ficha del cliente 4.6).

T: *«La lectura de esta semana describía el cambio como si se tratara de escalar una montaña. ¿Qué has sacado de la lectura?»*

Si el cliente comprende el concepto del Monte Cambio, entonces el terapeuta puede decir: *«Parece que has entendido lo que tratábamos de comunicarte con este gráfico. Aunque estaría bien que te despertaras mañana y que el consumo de alcohol o drogas no fuera ya más un problema, la verdad es que la mayor parte de la gente tiene pinchazos en el camino. Nos gustaría que vieras una caída como un experiencia de aprendizaje y que continuaras.»*

Si el cliente no parece comprender el concepto del Monte Cambio, entonces el terapeuta puede decir: *«Esta lectura pretende ayudarte a adoptar una perspectiva realista a largo plazo sobre el cambio en tu consumo de alcohol o drogas. Aunque estaría bien cambiar de la noche a la mañana, para algunas personas es un proceso más lento.»*

Nota para el terapeuta: Los puntos importantes de la lectura son tener una perspectiva realista del cambio (es decir, la del Monte Cambio) y la importancia de considerar las caídas como experiencias de aprendizaje. Cuando se discute sobre la posibilidad de deslices, es esencial que el tera peuta no lo exprese como una profecía autocumplida (es decir, que ocurrirá). Una buena forma de presentar el concepto que evita también esta profecía es como un simulacro de incendio. Se puede preguntar al cliente: *«¿Por qué crees que se realizan simulacros de incendio en las escuelas?».* Los clientes casi siempre responden con la razón obvia de que estarás mejor preparado si hay un incendio.

El terapeuta puede continuar con: *«La idea es la misma aquí. Esperemos que no*

tengas ningún desliz, pero tiene sentido estar preparado en el caso de que suceda. Si se da un desliz o caída, lo importante es detenerla tan pronto como sea posible, ver lo que se puede aprender de ella, y continuar el camino. Para aprender de esta experiencia, te puedes preguntar: ¿qué ha sido diferente en esta situación? o *¿cómo puedo afrontar de forma distinta esta situación la próxima vez?»*

T: *«Ahora veamos lo que pusiste en tus dos situaciones precipitantes de alto riesgo para el consumo de alcohol o drogas. Háblame un poco más de esas situaciones.»*

Nota para el terapeuta: Dejar que el cliente hable sobre lo que ha puesto. El terapeuta refleja lo que dice el cliente; no obstante, como las situaciones precipitantes son esenciales para el proceso de cambio, el terapeuta tiene que analizar de forma completa estas situaciones con el cliente.

Ejemplo de respuestas a los precipitantes identificados del cliente

- *«Parece que una de las situaciones de alto riesgo para ti es estar solo y consumir las drogas que tengas disponibles.»*
- *«Entonces parece que tienes problemas para compatibilizar la crianza de tus hijos y tu carrera profesional, y que necesitas algo al final del día para hacerle frente.»*
- *«Veamos si comprendo lo que quieres decir en la segunda situación. Parece que estás diciendo que el hecho de tener tiempo libre y estar aburrido puede ser un precipitante.»*

REVISIÓN DEL CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL

T: *«Una de las cosas que hiciste en la evaluación fue completar un cuestionario llamado Cuestionario Breve de Confianza Situacional. Te preguntaba sobre tu capacidad para resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas en ocho situaciones habituales de alto riesgo. He hecho un gráfico de tus niveles de confianza en esas situaciones, y he señalado las tres situaciones en las que nos indicaste que te sentías menos seguro de tu capacidad para resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas. ¿Qué te llama la atención de este gráfico?»*

Nota para el terapeuta: El objetivo es que los clientes hablen del hecho de que el riesgo cambia dependiendo de las situaciones y que algunas situaciones tienen un especial riesgo para ellos. Entonces se les explica que algunas veces es más fácil recordar sus situaciones de alto riesgo refiriéndose a ellas con una etiqueta abreviada. La tabla 4.2 presenta varios tipos de perfiles BSCQ, con sus nombres abreviados (por ejemplo, Buenos momentos; Afecto negativo; Probar el control personal) que pueden recordarse fácilmente. Después el terapeuta continúa pidiendo a los clientes que relacionen su perfil BSCQ con las respuestas del ejercicio *Identificar precipitantes*. Hemos encontrado que

en casi todos los casos las dos situaciones precipitantes de alto riesgo del cliente son parecidas a los que se muestra en su perfil genérico del BSCQ.

T: *«Dime lo que ves en cuanto a cómo se relaciona tu perfil de situaciones de alto riesgo con las dos situaciones de alto riesgo que identificaste en el ejercicio* Identificar precipitantes *que acabamos de discutir.»*

Refleja lo que el cliente dice aquí: *«Lo que te escucho decir es que las situaciones más problemáticas son aquellas en las que experimentas emociones negativas.»*

Si las dos situaciones de alto riesgo del cliente y el perfil genérico del BSCQ son parecidos, el terapeuta puede decir: *«Tu perfil ofrece una etiqueta abreviada de las situaciones sobre las que deberías estar en guardia en las próximas semanas. Por ejemplo, desde ahora a la próxima sesión, ¿cuál de estas situaciones generales podrías encontrarte?»*

Readministrar la escala Dónde está ahora

T: *«Cuando viniste por primera vez, te pedimos que valoraras la gravedad de tu consumo de alcohol o drogas en una escala de 10 puntos. En esa misma escala, donde 1 = el problema más grave y 10 = ya no es un problema, cómo valorarías tu consumo de alcohol o drogas hoy?»*

T: *«¿Recuerdas qué número caracterizaba dónde te encontrabas en la entrevista de evaluación en esta escala?* **[Respuestas del cliente]** *¿Cómo pasaste de un* **[# en la evaluación]** *a un* **[# ahora]?»**

Nota para el terapeuta: La escala *Dónde estás ahora* es una técnica de entrevista motivacional que permite a los terapeutas preguntar a los clientes para que hablen sobre los cambios que han hecho. Cuando un cliente no ha cambiado, el terapeuta puede decir: *«¿Qué tendrías que hacer para subir un número o dos?»* o *«¿Qué cosas se han interpuesto en el camino de tu cambio?»*

Introducir el ejercicio para casa: Desarrollar nuevas alternativas y planes de acción (ficha del cliente 4.8)

T: *«En el siguiente ejercicio para casa tienes que desarrollar nuevas opciones y planes de acción para las situaciones precipitantes de alto riesgo del ejercicio de hoy. Nos gustaría que tomaras estas dos situaciones precipitantes de alto riesgo y que elaboraras nuevas opciones y valoraras hasta qué punto podrían funcionar para ayudarte a resistir el consumo de alcohol o drogas. Después de que hayas desarrollado las opciones, valóralas y decide cuál es la mejor para ti. Entonces desarrolla un plan de acción para ponerla en marcha. Cuando hagas planes de acción, intenta descomponerlos en pequeños pasos para que sea más fácil ver tu progreso. Este ejercicio te llevará aproximadamente 10 minutos.»*

Final de la sesión: Qué destacó

T: *«Hoy hemos hablado de muchas cosas. ¿Qué destacarías?»*

NOTAS

3 Del *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach* de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar de esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

OBJETIVOS, PROCEDIMIENTOS, FICHAS DEL CLIENTE Y PAUTAS CLÍNICAS Y DIÁLOGOS

Sesión individual 3

FICHA T 4.3

OBJETIVOS DE LA SESIÓN [4]

- Revisar la evolución del cliente.
- Discutir los planes de cambio del cliente.

ANTES DE LA SESIÓN

- Preparar nueva tarea para casa para los clientes. Hoja de solicitud de sesiones adicionales (ficha del cliente 4.10); hoja de valoración de objetivo (ficha del cliente 3.4 para los individuos con objetivo de abstinencia; ficha del cliente 3.5 para individuos con objetivo de bebida controlada de bajo riesgo).
- Preparar un BSCQ (apéndice D) para que el cliente lo complete en la sesión.

PROCEDIMIENTOS DE LA SESIÓN

- Introducir la sesión.
- Revisar y discutir el autorregistro del cliente; copiar o registrar los datos.
- Que el cliente complete un nuevo BSCQ en la sesión (segunda administración).
- Revisar y discutir las respuestas del cliente al ejercicio para casa *Desarrollar nuevas alternativas y planes de acción* (ficha del cliente 4.8).
- Discutir posibles oportunidades para comprobar las alternativas antes de la sesión 4.
- Final de la sesión: preguntarle qué destacaría de la sesión, programar la sesión siguiente, recordarle que haga la tarea para casa.

Fichas del CLIENTE

- Entregar la hoja de solicitud de sesiones adicionales (ficha del cliente 4.10) como tarea para casa.
- Entregar la hoja de valoración del objetivo del cliente (Abstinencia: ficha del cliente 3.4; Bebida controlada de bajo riesgo: ficha del cliente 3.5) como tarea para casa.
- BSCQ (apéndice D) para completar en la sesión.

COMPLETAR ANTES DE LA SESIÓN 4

- Revisar y hacer anotaciones sobre la sesión.
- Preparar el perfil comparativo personalizado del BSCQ (evaluación y sesión 3) de las

situaciones de alto riesgo del cliente para el consumo de alcohol o drogas (ficha del cliente 4.9).

- Preparar una hoja de *feedback* comparativo personalizado (desde la evaluación a la sesión 3) del consumo de alcohol o drogas del cliente (Alcohol: ficha del cliente 4.3; Drogas: ficha del cliente 4.4).

PAUTAS CLÍNICAS Y DIÁLOGOS PARA QUE LOS TERAPEUTAS DIRIJAN LA SESIÓN 3 DE TERAPIA INDIVIDUAL

Revisión de los autorregistros

T: *«¿Cómo te han ido las cosas desde la última sesión?»* [Aquí el terapeuta está intentando que el paciente cuente sus autorregistros]. El terapeuta puede comenzar diciendo: *«Veamos lo que pusiste en tu autorregistro la última semana.»*

Nota para el terapeuta: Recordar que la discusión debe referirse a las anotaciones principales del autorregistro, más que hacer una descripción día por día, para que los clientes relacionen el consumo reciente de alcohol o drogas con su objetivo.

Discutir la tarea para casa Desarrollar nuevas alternativas y planes de acción (ficha del cliente 4.8)

T: *«La tarea para casa que te indiqué que completaras para esta sesión te pedía que desarrollaras nuevas alternativas y planes de acción para las dos situaciones precipitantes de alto riesgo que identificaste la semana pasada. Empecemos discutiendo las distintas alternativas en las que pensaste para cada precipitante y qué plan de acción tiene mayor sentido que implementes y por qué.»*

Nota para el terapeuta: Utilizar preguntas abiertas, reflejos y resúmenes para analizar las alternativas y planes de acción del cliente y su viabilidad. Enfatizar la necesidad de descomponer los planes de acción en pequeños pasos cuando sea posible.

T: *«¿Qué situaciones puedes anticipar que se darán entre ahora y la próxima sesión en las que podrías poner en práctica tus alternativas y planes de acción?»*

Tarea en la sesión

Entregar al cliente otro BSCQ para que lo complete (apéndice D)

T: *«Ésta es otra copia de un cuestionario que completaste en la evaluación, el Cuestionario Breve de Confianza Situacional. Nos gustaría que lo completaras de nuevo, reflejando cómo te sientes hoy. Hablaremos de él en la próxima sesión.»*

Tareas para casa para la sesión 4

Dar al cliente otra hoja de valoración del objetivo (ficha del cliente 3.4 para clientes con un obje tivo de abstinencia; ficha del cliente 3.5 para clientes con un objetivo de bebida controlada de bajo riesgo).

T: *«La tarea para casa para la próxima semana es completar dos hojas más. La primera es otra declaración de objetivo, como la primera que completaste en la sesión de evaluación. Rellénala y tráela para la próxima sesión.»*

T: *«Como ya te dije en la evaluación, la próxima semana tendremos nuestra última sesión. Algunas personas piensan que no necesitan más sesiones, porque ya han realizado suficientes progresos, mientras que otras quieren continuar el tratamiento. En esta hoja puedes indicar si quieres sesiones adicionales, y, si es así, cuántas y qué te gustaría conseguir.»*

Final de la sesión: qué destacó

T: *«Hoy hemos hablado de muchas cosas. ¿Qué destacarías?»*

NOTAS

4 Del *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach* de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar de esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

OBJETIVOS, PROCEDIMIENTOS, FICHAS DEL CLIENTE Y PAUTAS CLÍNICAS Y DIÁLOGOS

Sesión individual 4

FICHA T 4.4

OBJETIVOS DE LA SESIÓN [5]

- Revisar la evolución del cliente.
- Readministrar y revisar el objetivo y la motivación del cliente.
- Discutir la finalización del tratamiento y la llamada de seguimiento o programar más sesiones.

ANTES DE LA SESIÓN

- Preparar los perfiles comparativos BSCQ desde la evaluación a la sesión 3 (ficha del cliente 4.9).
- Preparar el *feedback* comparativo personalizado (desde la evaluación a la sesión 3) del consumo de alcohol (ficha del cliente 4.3) o drogas (ficha del cliente 4.4).
- Tener la escala *Dónde estás ahora* para que el cliente la complete de nuevo (ficha del cliente 3.6).

PROCEDIMIENTOS DE LA SESIÓN

- Introducir la sesión.
- Revisar y discutir el autorregistro del cliente en relación al objetivo; copiar o registrar los datos.
- Discutir las oportunidades para comprobar las alternativas desde la última sesión y los resultados.
- Ofrecer al cliente *feedback* personalizado comparativo (desde la evaluación a la sesión 3) sobre su consumo de alcohol (ficha del cliente 4.3) o drogas (ficha del cliente 4.4) y discutirlo.
- Retomar el objetivo y revisar si es necesario.
- Retomar el ejercicio de balance decisional y revisar si es necesario.
- Ofrecer al cliente una comparación de las respuestas del BSCQ (ficha del cliente 4.9) de la evaluación y de la sesión 3 y discutirlo.
- Retomar y revisar la comprensión del cliente de la lectura *Identificar precipitantes* relacionada con el Monte Cambio y la toma de una perspectiva realista a largo plazo del cambio.
- Que el cliente complete la escala *Dónde estás ahora* y la compare con las respuestas que dio en la evaluación y en la sesión 2 (ficha del cliente 3.6).

- Discutir la hoja de solicitud de sesiones adicionales (ficha del cliente 4.10) que el cliente completó como tarea para casa.
- Asegurarse de que los clientes saben cómo ponerse en contacto con el programa si necesitan más tratamiento. Indicar también que se les llamará en el plazo aproximado de un mes después de su última sesión para preguntarles por su progreso, para apoyarles en sus cambios y para programar sesiones adicionales si son necesarias.
- Final de la sesión: preguntar qué destacaría de la sesión.
- Hacer anotaciones de la sesión.

PAUTAS CLÍNICAS Y DIÁLOGOS PARA QUE LOS TERAPEUTAS DIRIJAN LA SESIÓN 4 DE TERAPIA INDIVIDUAL

Revisión de los autorregistros

Terapeuta (T): *«¿Cómo te han ido las cosas desde la última sesión?»* [Como el cliente ya está familiarizado con el procedimiento de empezar discutiendo sobre los autorregistros, el terapeuta le pide que hable de sus autorregistros].

El terapeuta puede empezar diciendo: *«Veamos qué pusiste en los autorregistros»*.

Nota para el terapeuta: Si se han dado cambios fundamentales o el cliente ha tenido éxito afrontando una situación difícil y no consumió, el terapeuta puede dejar que el cliente hable de los cambios.

T: *«Dos semanas sin beber es un gran cambio para ti. ¿Cómo fuiste capaz de hacerlo?»*. El terapeuta puede ofrecer un reflejo a continuación de la respuesta del cliente. Por ejemplo: *«Así que hacer que tus amigos supieran que lo estás intentando fue útil y fuiste capaz de dejar de consumir. ¿Cómo te sientes con el cambio?»*

Revisar el consumo de alcohol o drogas desde la evaluación a la sesión 3

Ofrecer a los clientes *feedback* personalizado comparando su consumo de alcohol (ficha del cliente 4.3) o drogas (ficha del cliente 4.4) desde la evaluación a la sesión 3. Este *feedback* permite que los clientes hablen de los cambios que han hecho en su consumo de alcohol o drogas en lugar de que el terapeuta les hable de los cambios.

Clientes con problemas de alcohol

T: *«Este gráfico muestra la información que nos diste sobre lo que bebías cuando viniste por primera vez y a lo largo del tratamiento. El primer gráfico compara con qué frecuencia (porcentaje de días) bebiste en los 90 días anteriores al tratamiento y durante el tiempo que has estado en el programa. Mirando este gráfico, ¿cómo dirías que ha cambiado tu forma de beber?»*

T: *«El segundo gráfico compara cuánto bebías los días que bebías los 90 días anteriores al tratamiento y durante el tiempo que has estado en el programa. Mirando*

este gráfico, ¿cómo dirías que ha cambiado tu forma de beber?»

Clientes con problemas de drogas

T: *«Este gráfico muestra la información que nos diste sobre tu consumo de drogas cuando viniste por primera vez y durante el tiempo que has estado en tratamiento. Este gráfico compara con qué frecuencia (porcentaje de días) consumiste drogas en los 90 días anteriores al tratamiento y durante el tiempo que has estado en el programa. Mirando este gráfico, ¿cómo dirías que ha cambiado tu consumo de drogas?»*

Comparación de la valoración de objetivos: Abstinencia (ficha del cliente 3.4)

T: *«Si recuerdas, cuando viniste por primera vez valoraste la importancia de no consumir alcohol o drogas y tu confianza en no hacerlo. Una parte de tus tareas para casa de esta semana era completar otra hoja de valoración del objetivo. Veamos tu nueva valoración y comparémosla con la valoración del objetivo que completaste cuando viniste por primera vez. ¿Cómo ha cambiado la valoración de la importancia y de la confianza, y qué te ha llevado a esos cambios?»*

Valoración del objetivo: elección del objetivo (ficha del cliente 3.5)

T: *«Si recuerdas, cuando viniste por primera vez elegiste un objetivo, y una parte de la tarea para casa de esta semana era completar esa hoja de nuevo. ¿Cómo ha cambiado, si ha cambiado, y por qué?»*

T: *«¿Cómo ha cambiado la valoración de la importancia y de la confianza, y qué te ha llevado a esos cambios?»*

Revisión del Balance decisional de la sesión 1

Nota para el terapeuta: Referirse al primer ejercicio de balance decisional (ficha del cliente 3.1).

Posibles preguntas

T: *«Veamos el ejercicio de balance decisional que realizaste al comienzo del tratamiento. ¿Hay cosas buenas y menos buenas nuevas que no identificaste antes?»*

T: *«¿Algunas de las cosas buenas y menos buenas originales han sido distintas de lo que esperabas? ¿Por qué?»* [Con frecuencia los clientes indican que las consecuencias negativas que anticipaban sobre el cambio no ocurrieron finalmente].

Cambios en el cuestionario breve de confianza situacional

Entregar a los clientes los perfiles comparativos del BSCQ (ficha del cliente 4.9) sobre sus respuestas en la evaluación y en la sesión 3.

T: *«Veamos el Segundo Cuestionario Breve de Confianza Situacional que completaste la semana pasada y comparémoslo con el que rellenaste en la evaluación. Lo que he hecho es combinar los dos perfiles en una hoja. ¿Qué cambios adviertes en tu capacidad para resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas en estas ocho situaciones de alto riesgo?»* [Respuestas del cliente] *«¿Qué te ha hecho cambiar tu confianza en estas situaciones?»*

Puesta en práctica de las alternativas

T: *«¿Qué situaciones se produjeron desde la última sesión en las que pusiste en práctica alguno de tus planes de acción? ¿Qué resultado tuvo?»*

Revisión de Monte Cambio

T: *«Basados en nuestras anteriores charlas, ¿qué significa para ti tener una perspectiva realistas del cambio?»*

Nota para el terapeuta: Atender al hecho de que el cambio puede ser lento, pero que es importante aprender de las caídas y continuar.

Revisión de la escala Dónde estás ahora (ficha del cliente 3.6)

T: *«Cuando viniste por primera vez, y en la segunda sesión, te pedí que valoraras la gravedad de tu consumo de alcohol o drogas en una escala de 10 puntos. ¿Cómo valorarías en la actualidad tu consumo de alcohol o drogas en la misma escala donde 1 = la mayor preocupación y 10 = ya no es un problema? ¿Recuerdas lo que dijiste en las dos ocasiones anteriores?* [Respuestas del cliente] *¿Cómo has pasado de un* **[# en la evaluación]** *a un* **[# ahora]***?»*

Revisión de la hoja de solicitud de sesiones adicionales (ficha del cliente 4.10)

T: *«Antes de que terminemos, la semana pasada te entregue una hoja de solicitud de sesiones adicionales para que la completaras y la trajeras hoy. Veamos lo que pusiste.»*

Nota para el terapeuta: Si el cliente pide sesiones adicionales, concertar una cita y anotar cuántas sesiones más pide y por qué. Si el cliente no pide sesiones adicionales, recordarle que se le llamará dentro de 1 mes para ver cómo le va.

Final de la sesión: Qué destacó

T: *«Hoy hemos hablado de muchas cosas. ¿Qué destacarías?»*

NOTAS

5Del *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach* de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar de esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

FEEDBACK PERSONALIZADO: ¿DÓNDE SE SITÚA TU CONSUMO DE ALCOHOL?

Sesión 1 individual y grupal

FICHA C
4.1

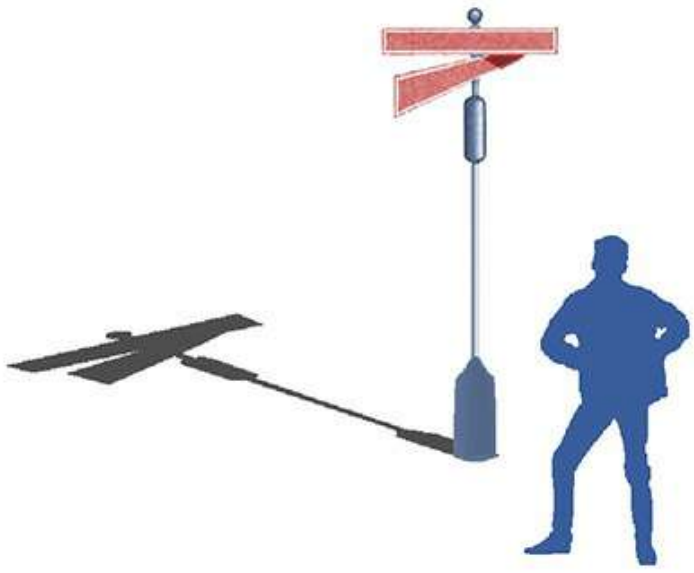
(Descargar o imprimir)

¿PENSANDO EN CAMBIAR?[6]

Basándonos en tus respuestas a los cuestionarios que completaste con anterioridad, hemos preparado un **resumen personalizado** de tu **CONSUMO DE ALCOHOL**. Incluye:

1. **Un gráfico que muestra cuánto beben a la semana los hombres y las mujeres. Compara tu consumo de alcohol con el de los demás para ver dónde te sitúas.**
   Indicaste que habías bebido el por 100 de los últimos 90 días.
   Indicaste que habías bebido una media de copas por semana.

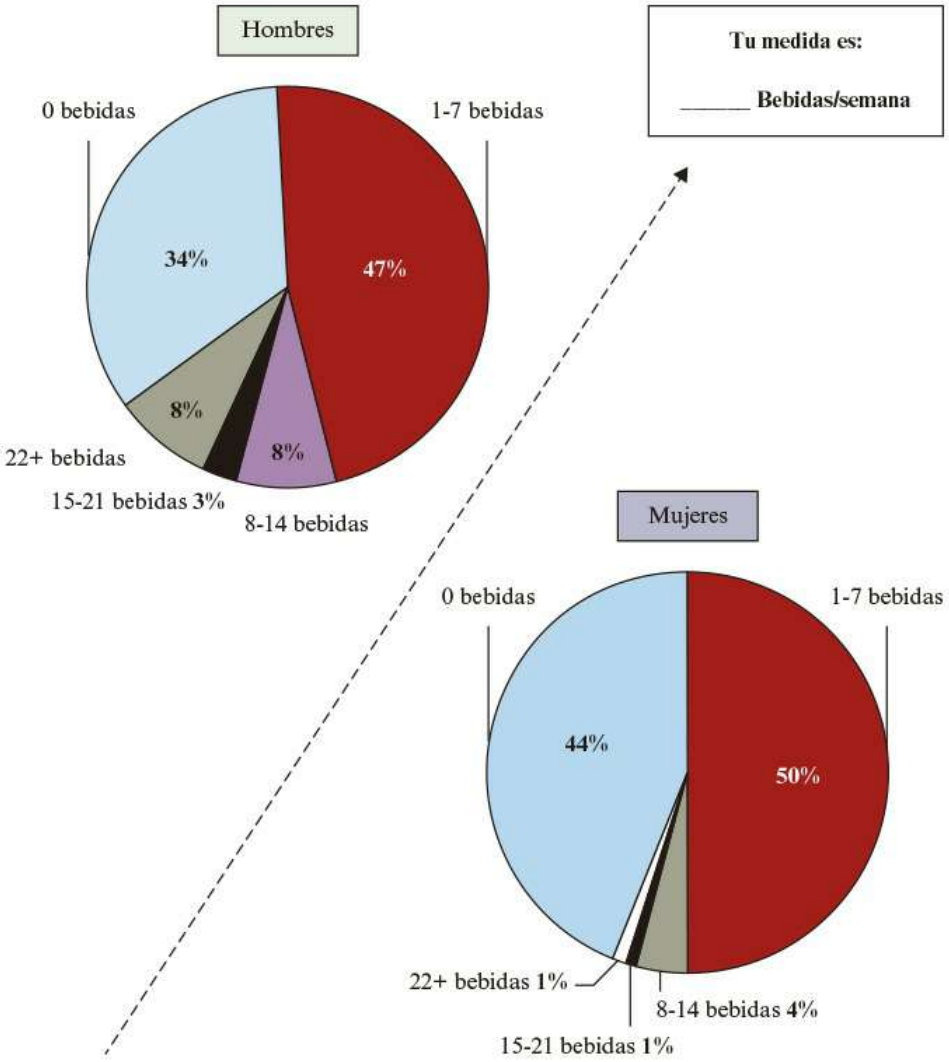
2. **Tu puntuación en el AUDIT,** un cuestionario que valora hasta qué punto el consumo de alcohol puede considerarse un problema. **¿Dónde se sitúa tu puntuación?**
3. **Consecuencias que indicaste que estaban relacionadas con tu consumo de alcohol.**



NÚMERO DE BEBIDAS CONSUMIDAS DURANTE UNA SEMANA POR

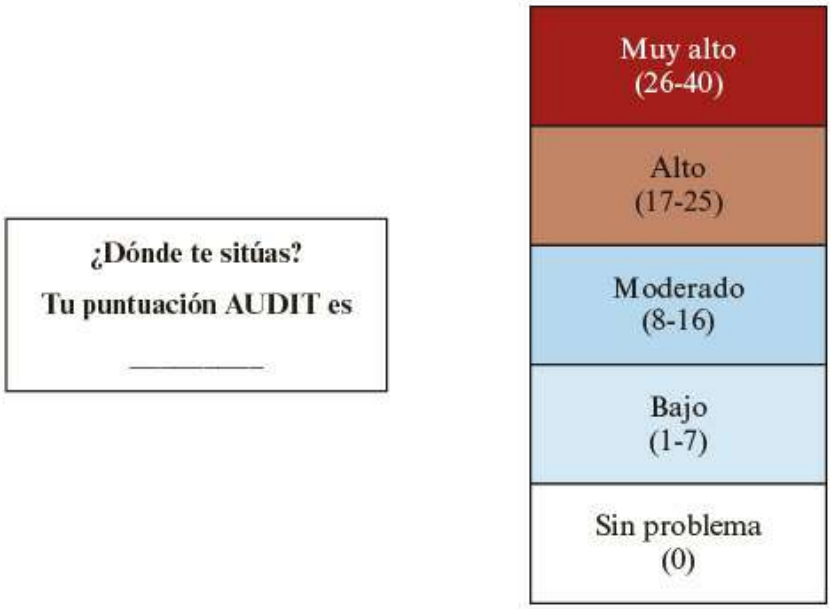
ADULTOS ENCUESTADOS EN EEUU[7]

¿Dónde se sitúa tu bebida?



¿DÓNDE SE SITÚA TU CONSUMO DE ALCOHOL?

El cuestionario AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para valorar el consumo de alcohol de una persona y hasta qué punto la bebida se podía considerar un problema. Abajo está tu puntuación AUDIT, que se basa en los materiales que completaste anteriormente. Normalmente las puntuaciones más altas reflejan problemas más graves.



NOTAS

6 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach.* Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

7 Encuesta Nacional de Alcohol del año 2000 (*N* = 7,612), Alcohol Research Group, Berkeley, CA

FEEDBACK PERSONALIZADO: ¿DÓNDE SE SITÚA TU CONSUMO DE DROGAS?
Sesión 1 de terapia individual y grupal

FICHA C 4.2

(Descargar o imprimir)

¿PENSANDO EN CAMBIAR? [8]

_____

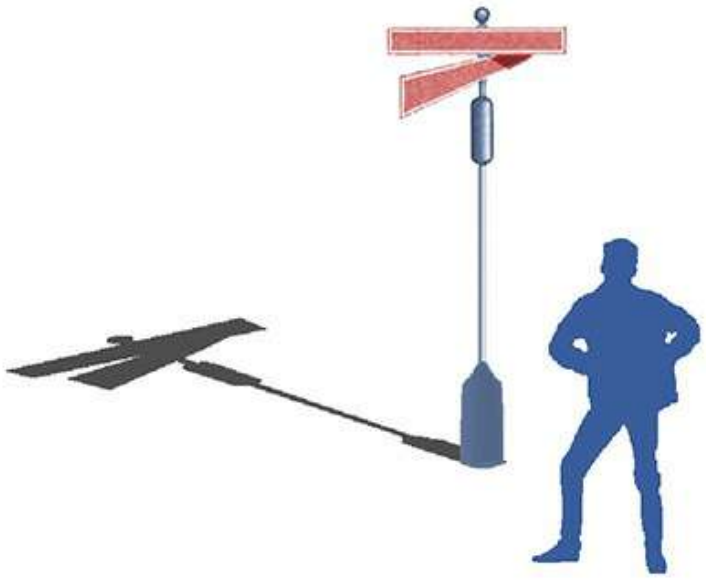
_____

La siguiente información se refiere a tu consumo de _____

Droga principal

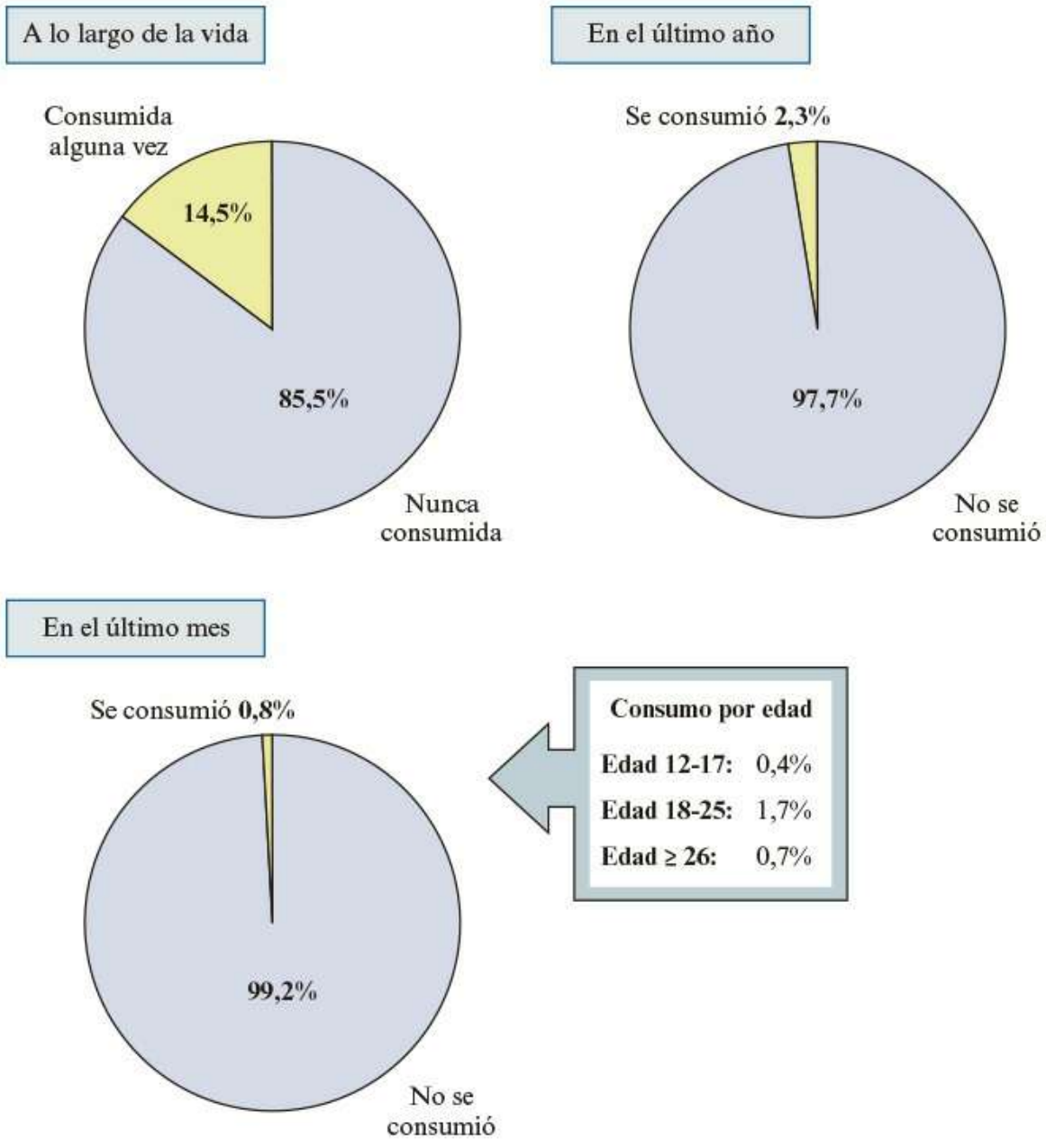
Basándonos en tus respuestas a los cuestionarios que completaste con anterioridad, hemos preparado un **resumen personalizado** de tu **CONSUMO DE DROGAS.** Incluye:

1. **Un gráfico que muestra cuántas personas consumieron tu droga principal el último año, el último mes y a lo largo de toda su vida.**
   Compara tu consumo de drogas con el de los demás para ver dónde te sitúas.
   Indicaste que habías consumido el por 100 de los días en los últimos 3 meses.
2. **Tu puntuación en el DAST,** un cuestionario que valora hasta qué punto una persona tiene un problema de consumo de drogas. **¿Dónde se sitúa tu puntuación?**
3. **Las consecuencias que indicaste que estaban relacionadas con tu consumo de drogas.**



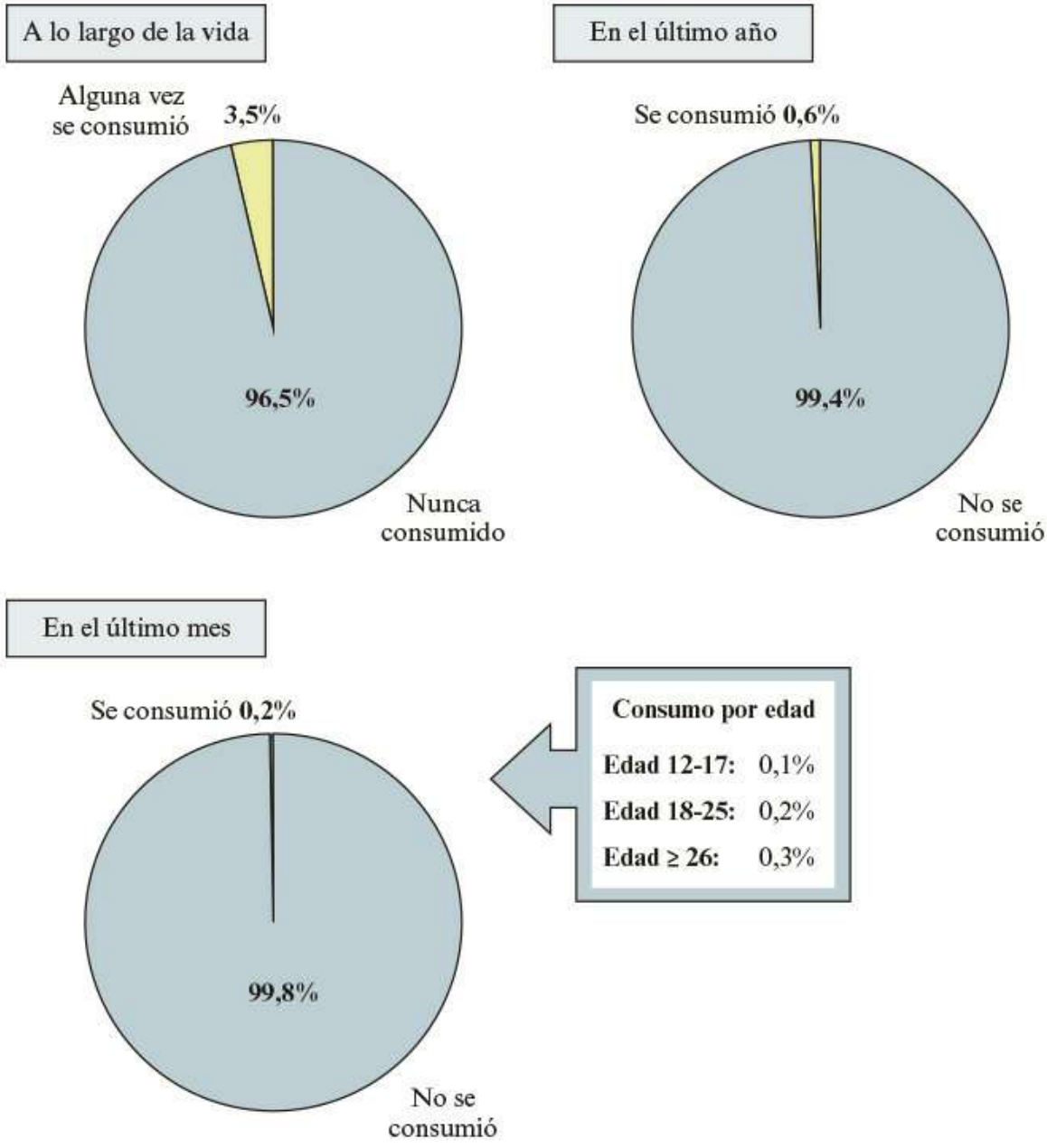
CONSUMO DE COCAÍNA Y CRACK EN PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS EN EE.UU. [9]

¿Dónde te sitúas?



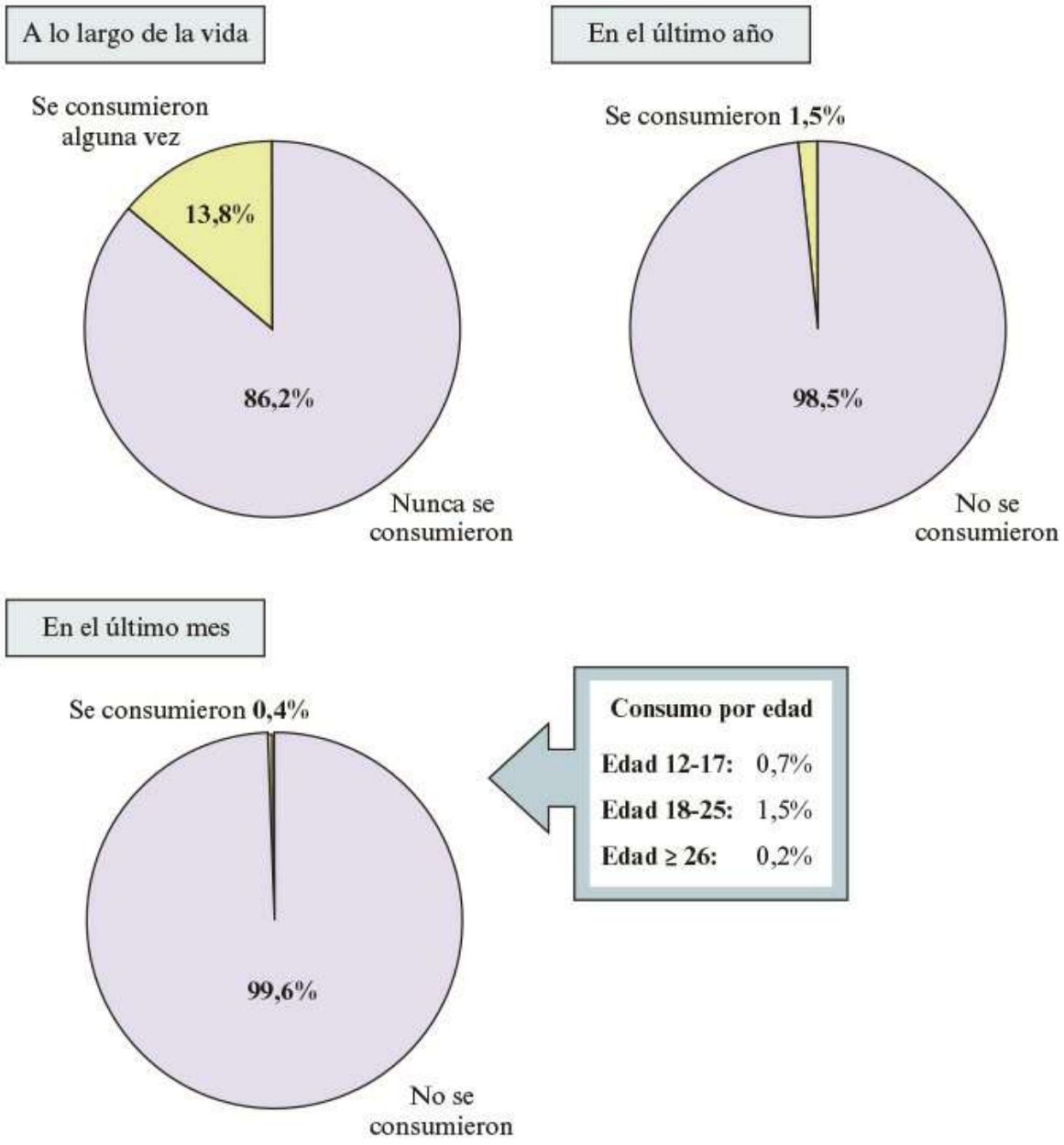
CONSUMO DE CRACK EN PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS EN EE.UU. [10]

¿Dónde te sitúas?



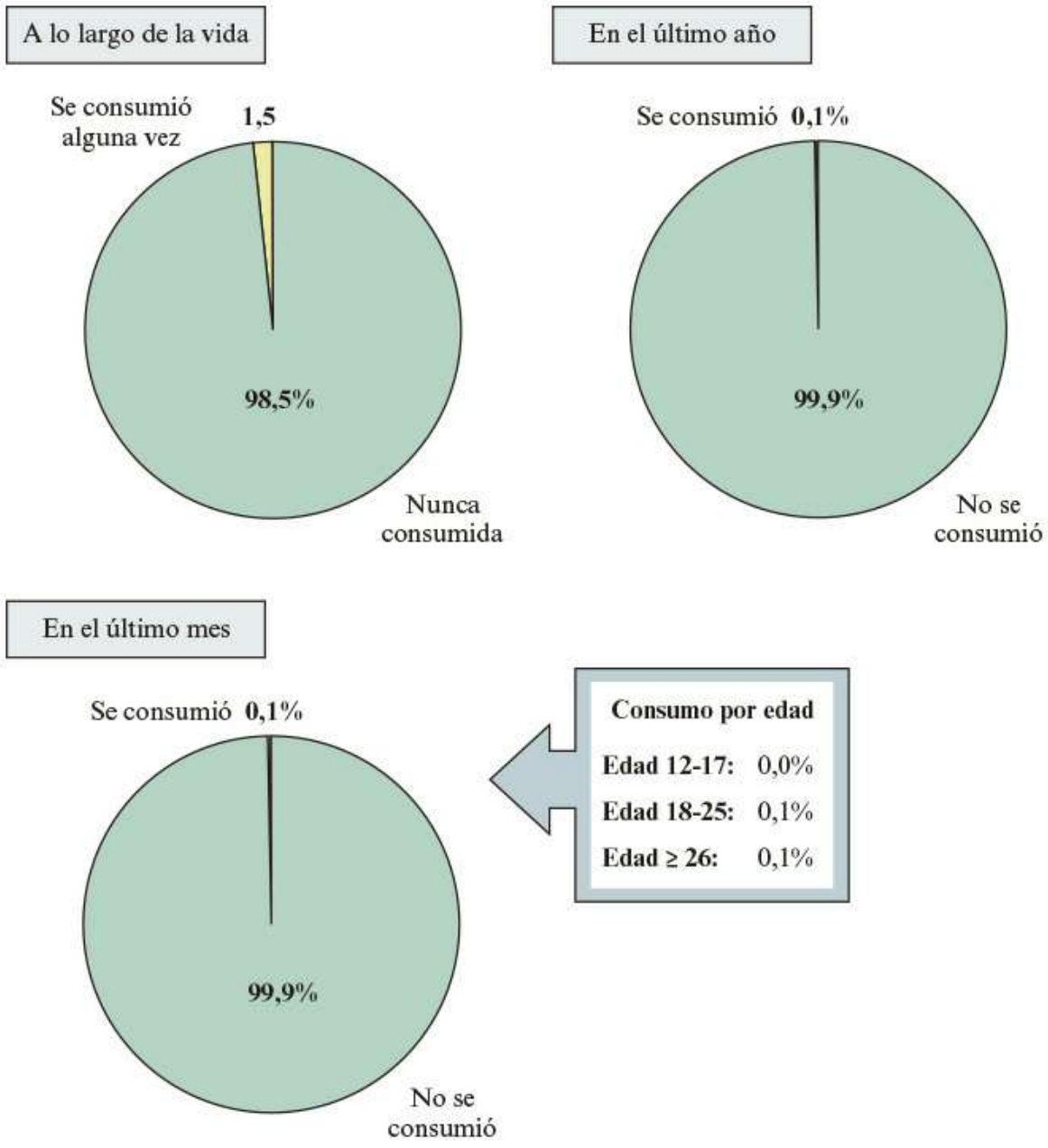
CONSUMO DE ALUCINÓGENOS EN PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS EN EE.UU. [11]

¿Dónde te sitúas?



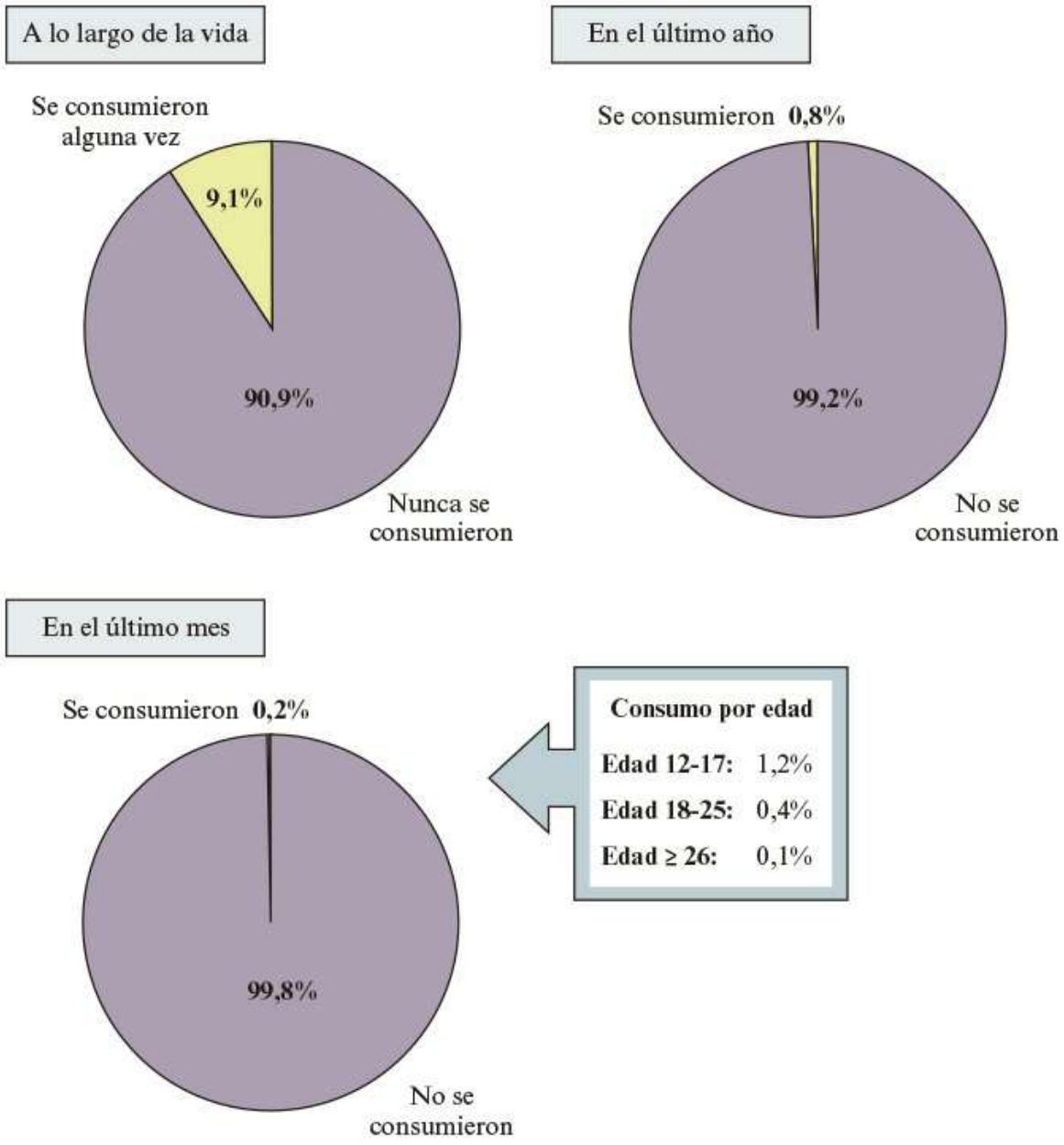
CONSUMO DE HEROÍNA EN PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS EN EE.UU.[12]

¿Dónde te sitúas?



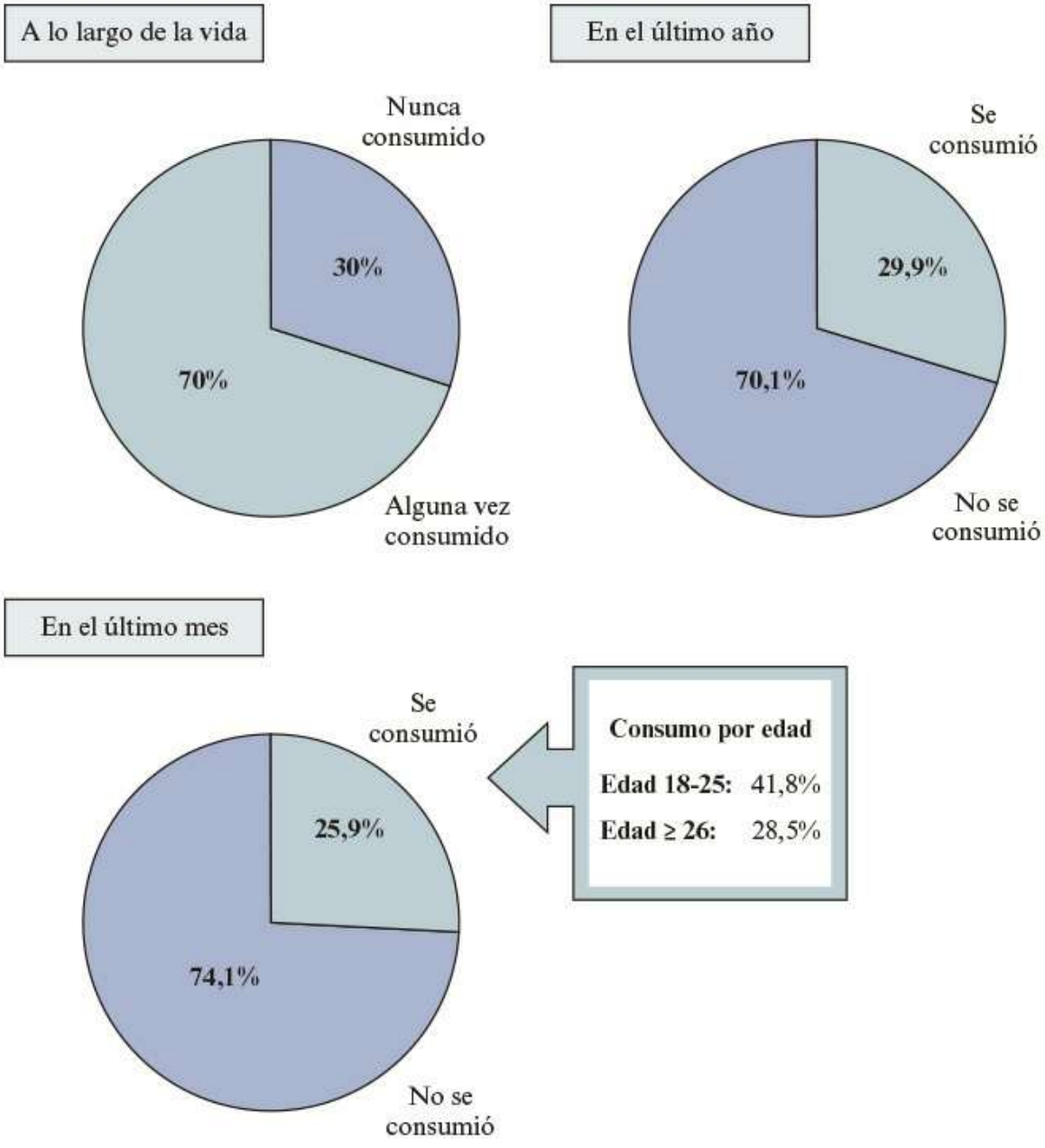
CONSUMO DE INHALANTES EN PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS EN EE.UU.[13]

¿Dónde te sitúas?



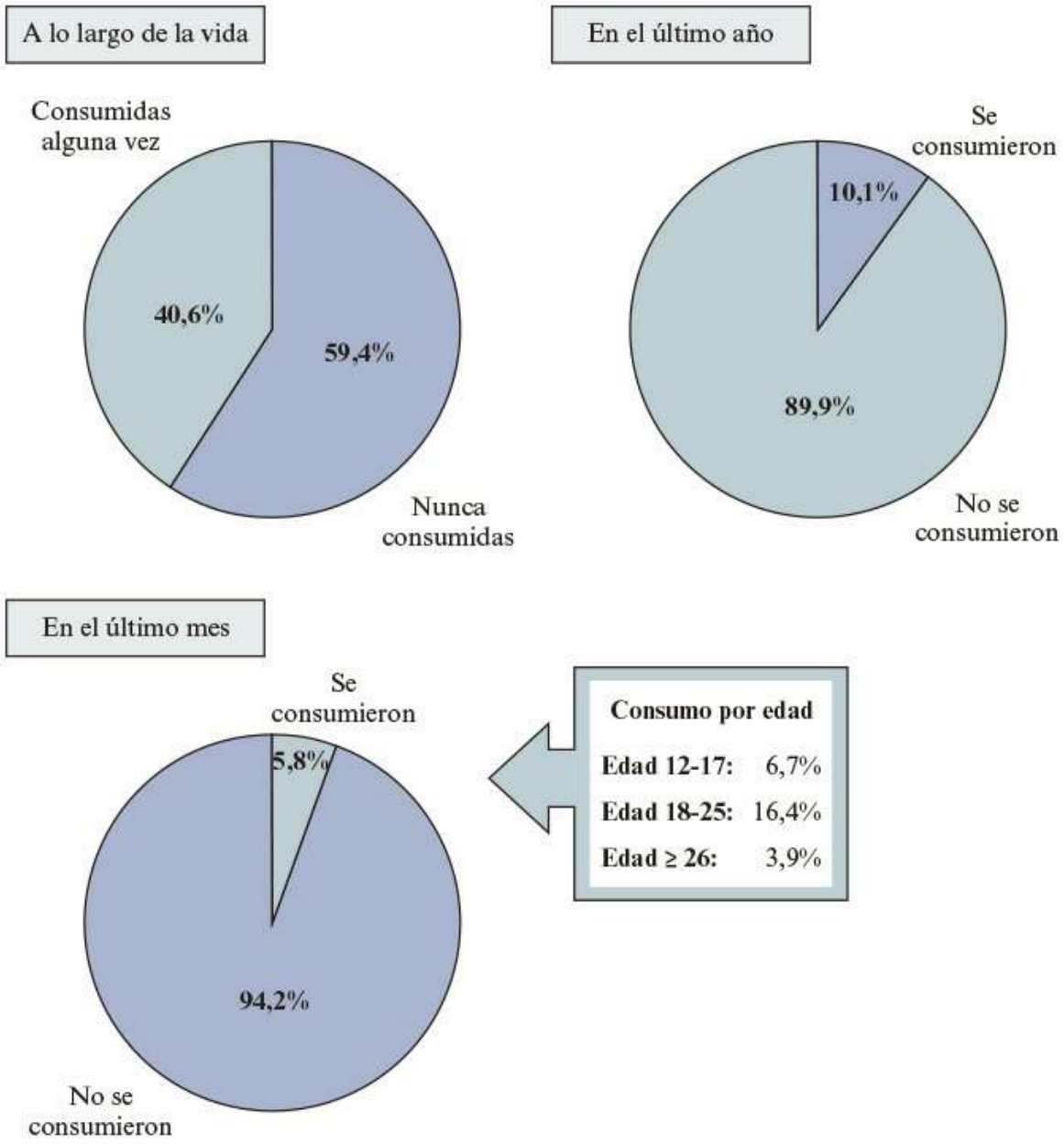
CONSUMO DE TABACO EN PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS EN EE.UU.[14]

¿Dónde te sitúas?



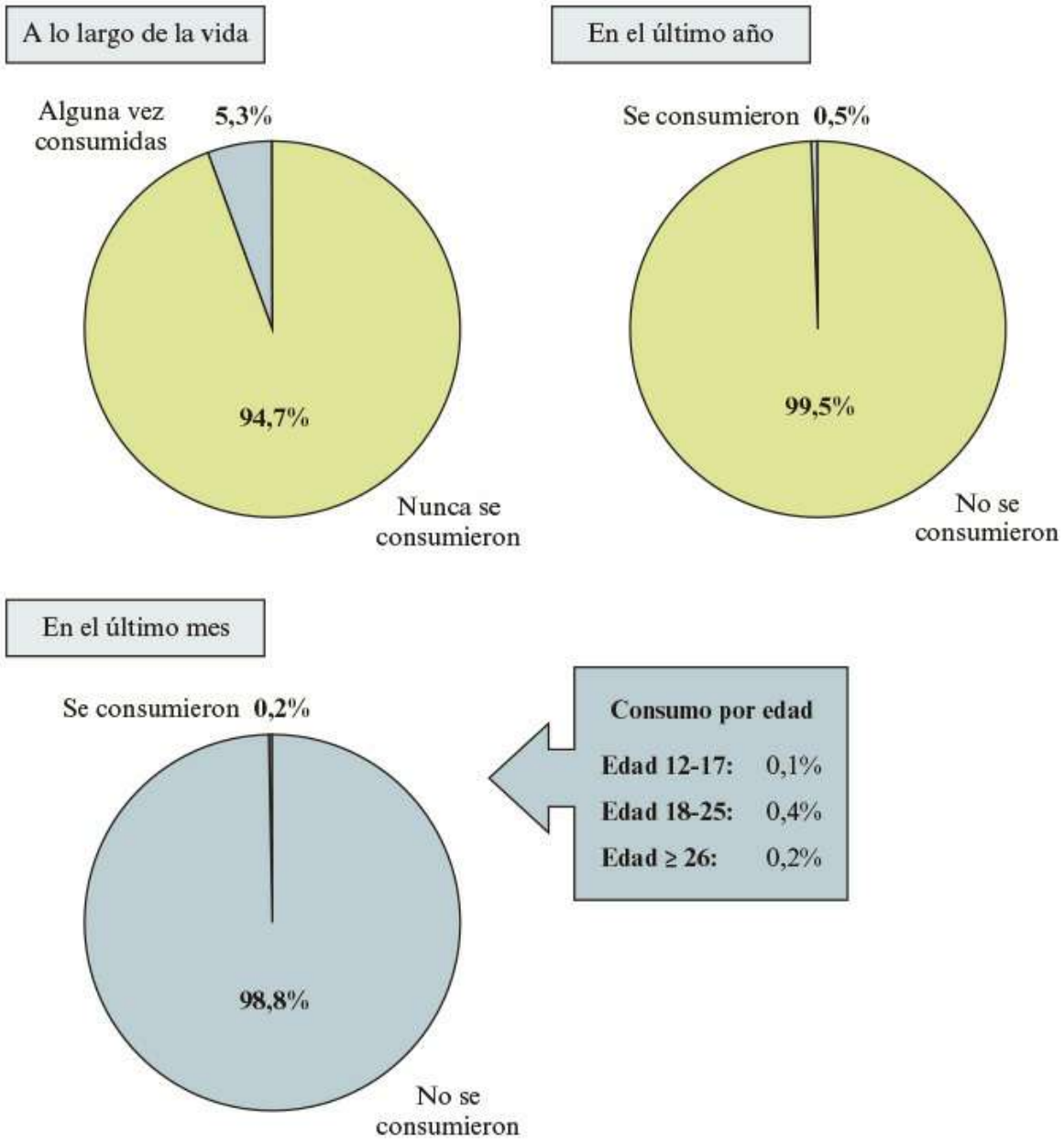
CONSUMO DE MARIHUANA Y HACHÍS EN PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS EN EE.UU.[15]

¿Dónde te sitúas?



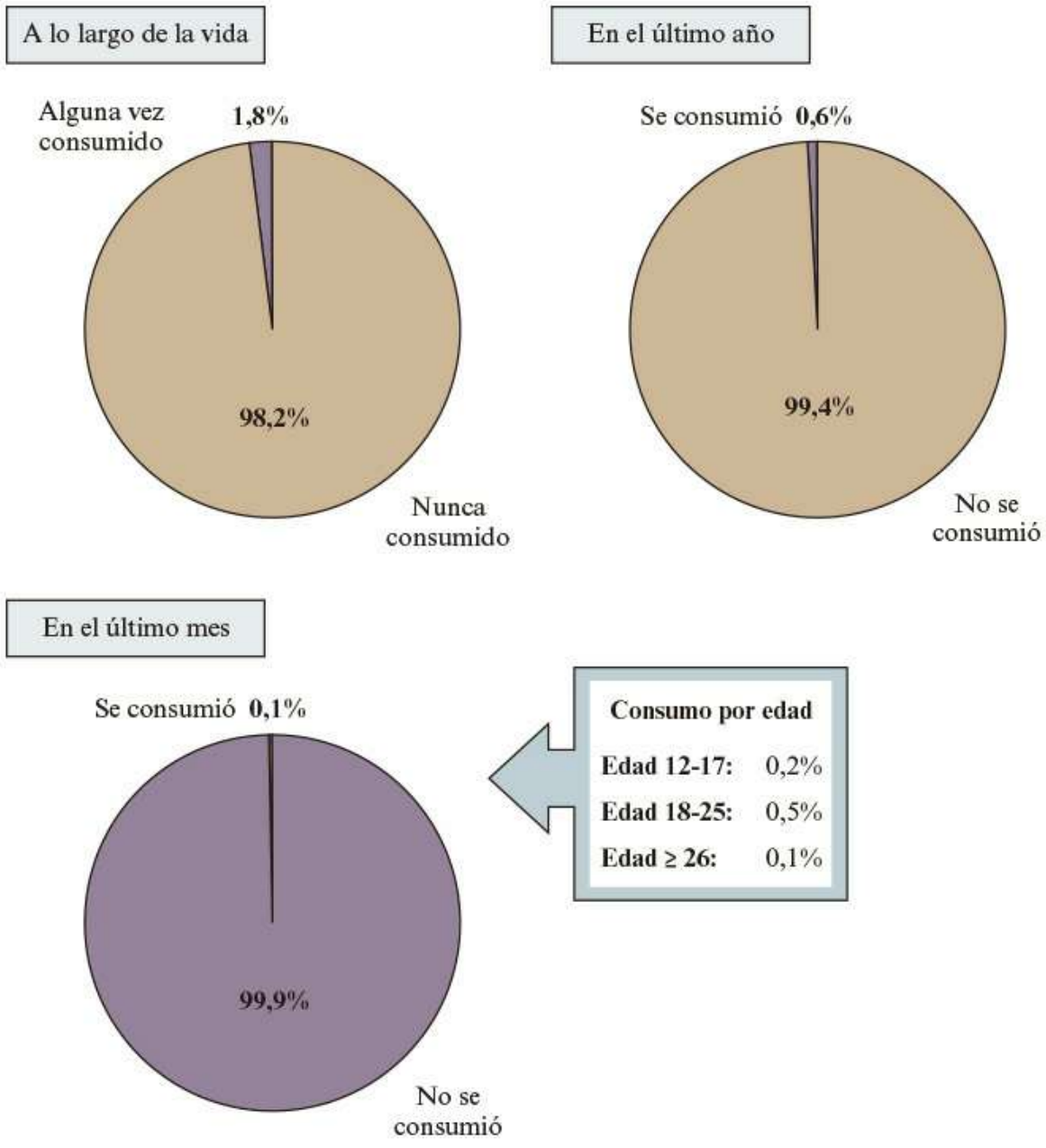
CONSUMO NO PRESCRITO POR EL MÉDICO DE METANFETAMINAS EN PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS EN EE.UU.[16]

¿Dónde te sitúas?



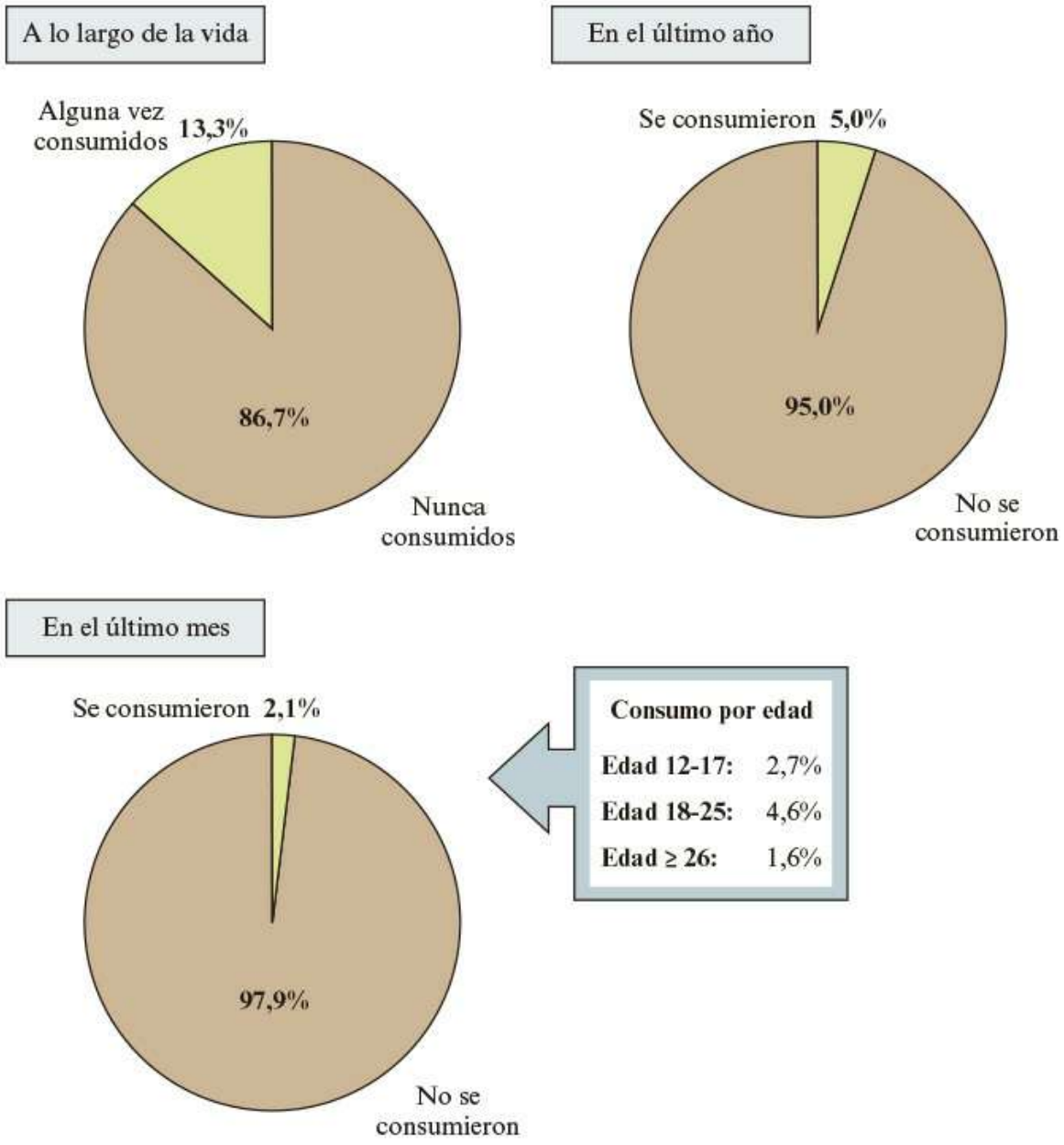
CONSUMO NO PRESCRITO POR EL MÉDICO DE OXYCONTIN® EN PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS EN EE.UU.[17]

¿Dónde te sitúas?



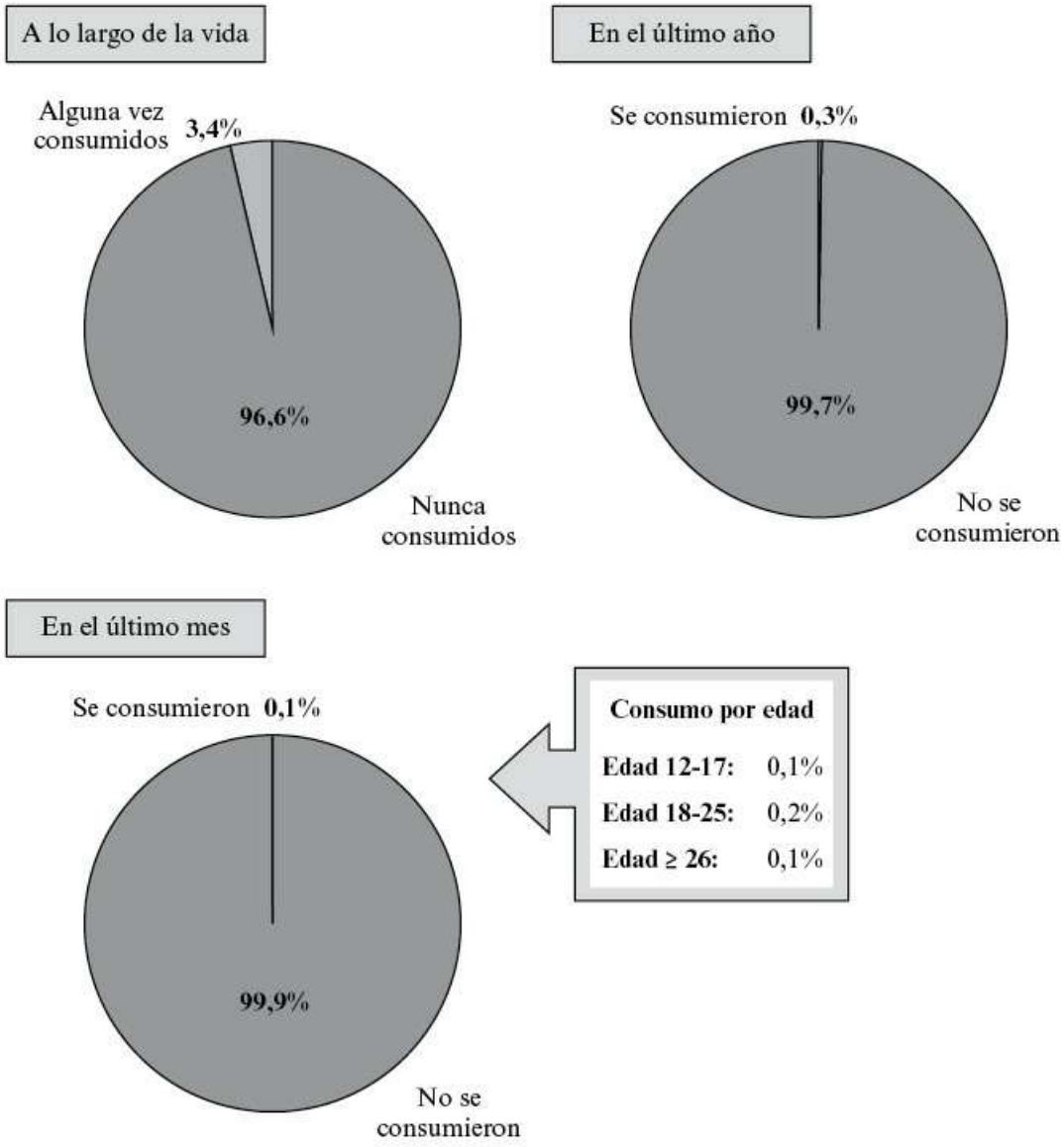
CONSUMO NO PRESCRITO POR EL MÉDICO DE CALMANTES EN PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS EN EEUU[18]

¿Dónde te sitúas?



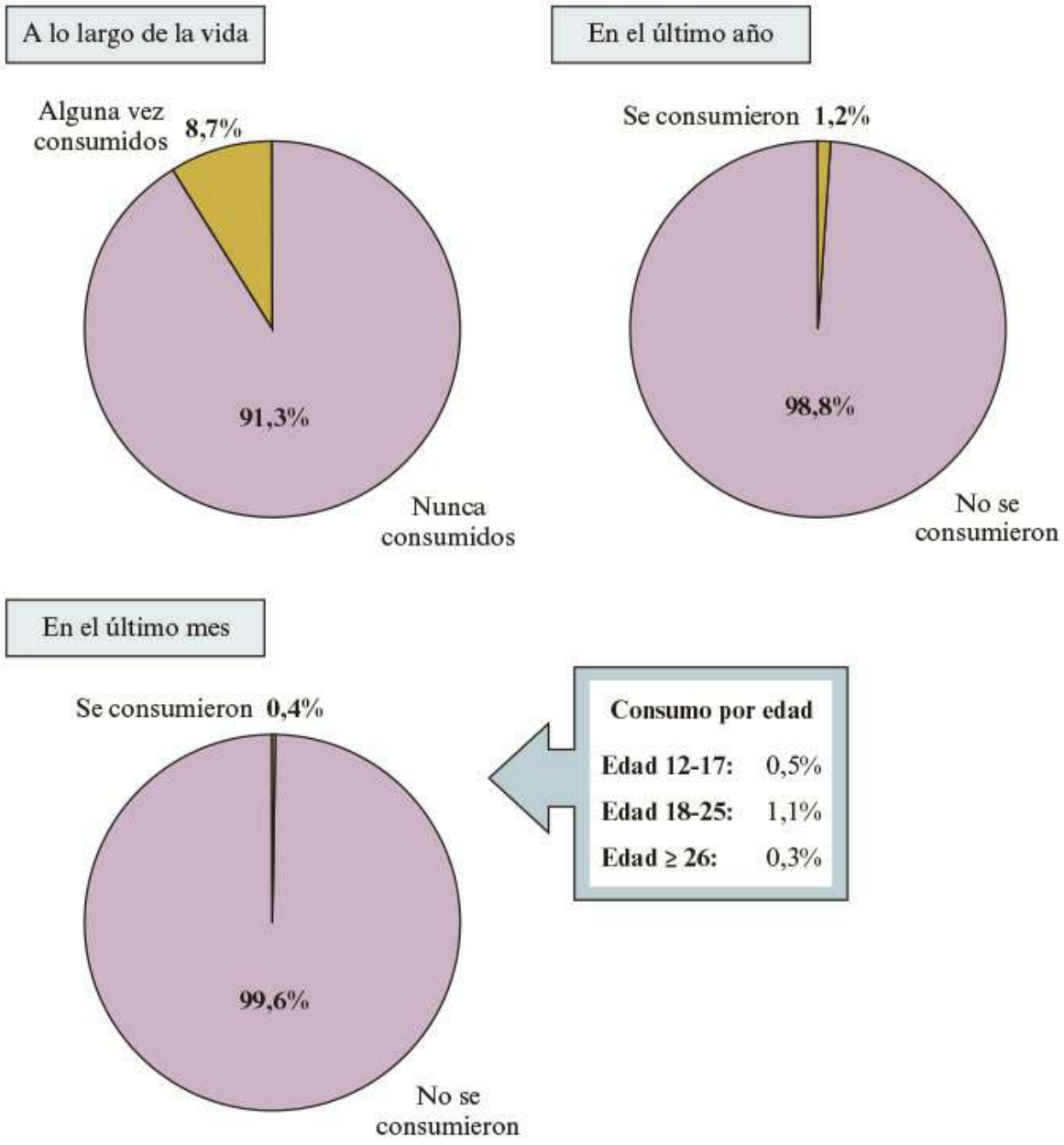
CONSUMO NO PRESCRITO POR EL MÉDICO DE SEDANTES EN PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS EN EEUU[19]

¿Dónde te sitúas?



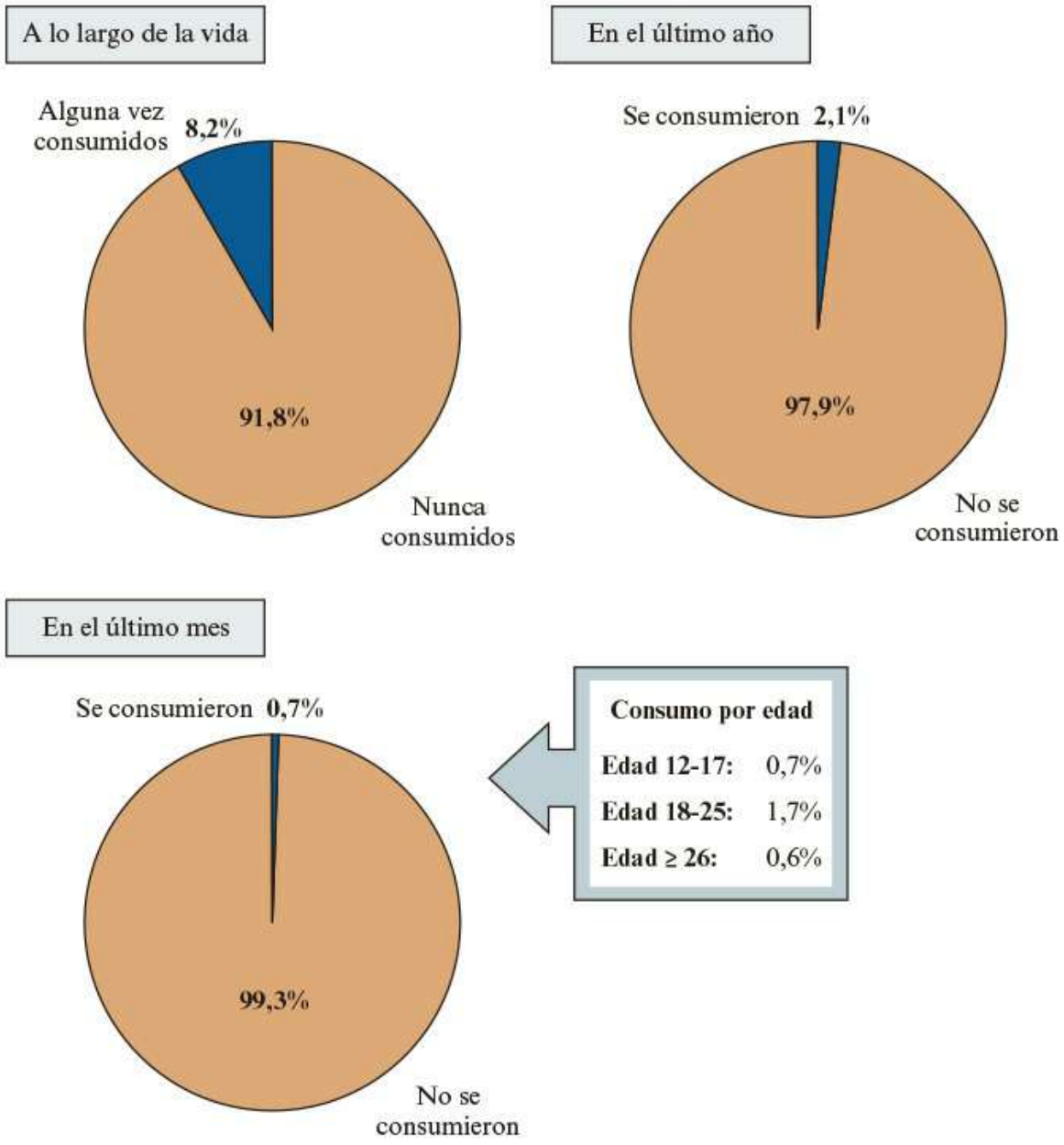
CONSUMO NO PRESCRITO POR EL MÉDICO DE ESTIMULANTES EN PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS EN EEUU[20]

¿Dónde te sitúas?



CONSUMO NO PRESCRITO POR EL MÉDICO DE TRANQUILIZANTES EN PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS EN EEUU[21]

¿Dónde te sitúas?



¿DÓNDE SE SITÚA TU CONSUMO DE DROGAS?

La puntuación del DAST-10 valora la gravedad del problema con las drogas de una persona. Abajo figura tu puntuación DAST, que se basa en los materiales que completaste anteriormente. Normalmente puntuaciones mayores reflejan problemas más graves.

Mi droga principal es

_____

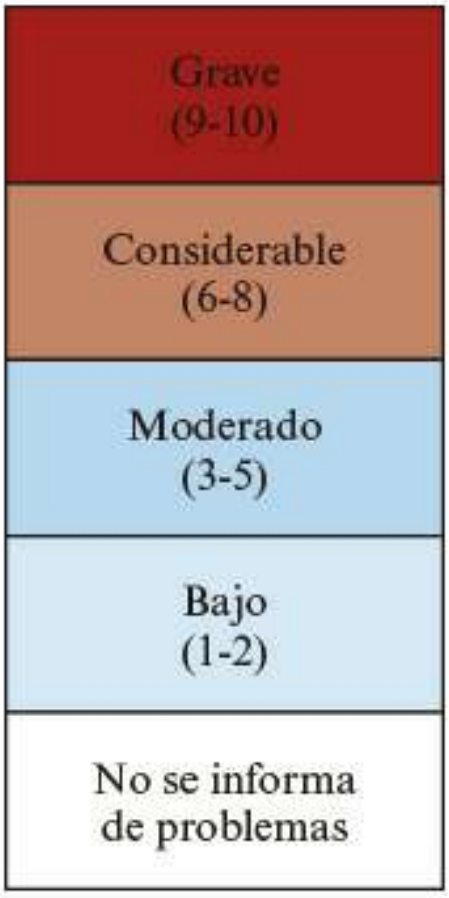
_____

_____

¿Dónde te sitúas?

Tu puntuación DAST-10 es

_____



NOTAS

8 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en *Group Therapy for Substance*

Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

9 Encuesta Nacional de Consumo de drogas y Salud del 2007.

10 Encuesta Nacional de Consumo de drogas y Salud del 2007.

11 Encuesta Nacional de Consumo de drogas y Salud del 2007.

12 Encuesta Nacional de Consumo de drogas y Salud del 2007.

13 Encuesta Nacional de Consumo de drogas y Salud del 2007.

14 Encuesta Nacional de Consumo de drogas y Salud del 2007.

15 Encuesta Nacional de Consumo de drogas y Salud del 2007.

16 Encuesta Nacional de Consumo de drogas y Salud del 2007.

17 Encuesta Nacional de Consumo de drogas y Salud del 2007.

18 Encuesta Nacional de Consumo de drogas y Salud del 2007.

19 Encuesta Nacional de Consumo de drogas y Salud del 2007.

20 Encuesta Nacional de Consumo de drogas y Salud del 2007.

21 Encuesta Nacional de Consumo de drogas y Salud del 2007.

EJEMPLO DE FEEDBACK PERSONALIZADO DE CONSUMO DE ALCOHOL DESDE EL PRETRATAMIENTO A LA SESIÓN 4

Sesión 4 individual y grupal

FICHA C 4.3

(Descargar o imprimir)

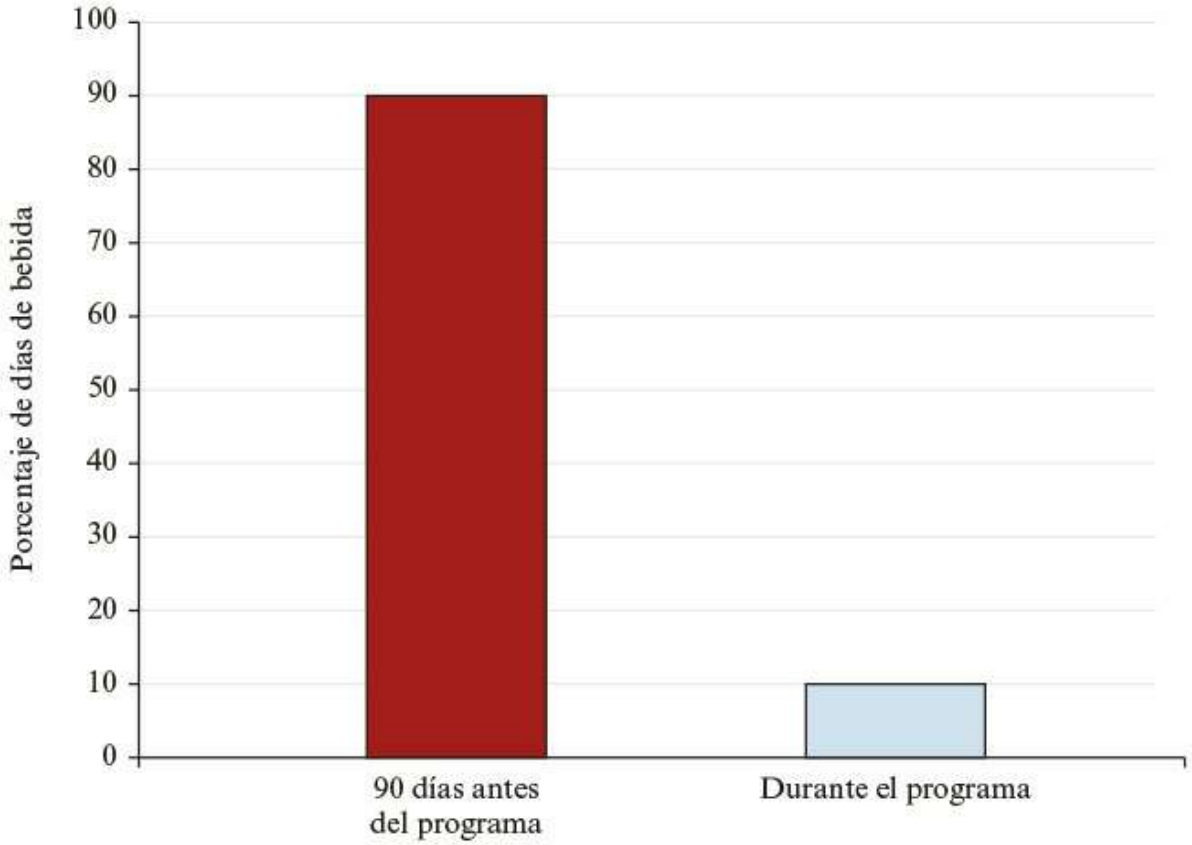
Feedback personalizado para

_____

_____

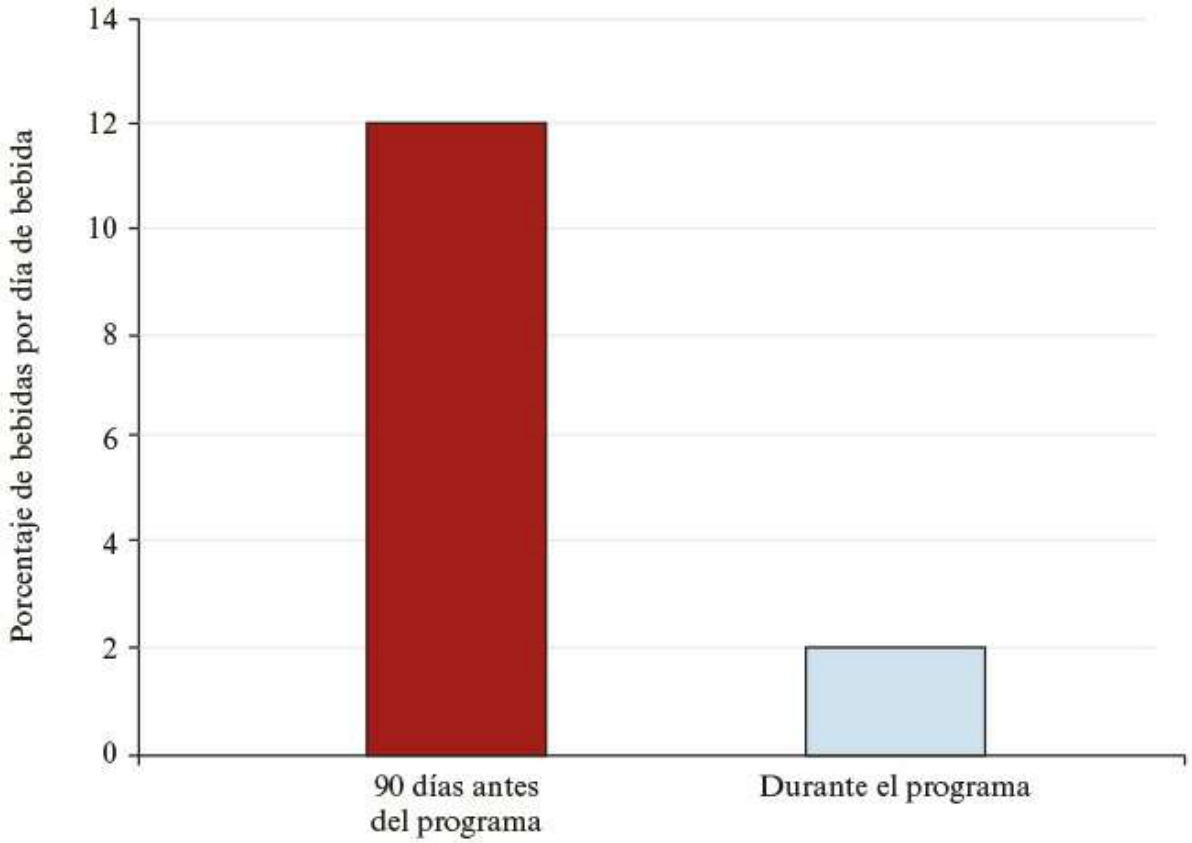
_____

En los gráficos siguientes se muestra la información que nos ofreciste sobre tu bebida cuando viniste por primera vez y a lo largo del tratamiento[22].



El primer gráfico compara la frecuencia (porcentaje de días) que bebiste en los 90 días anteriores al tratamiento y durante el período que estuviste en el programa.

Observando este primer gráfico, ¿cómo dirías que ha cambiado tu bebida?



El segundo gráfico compara cuánto bebiste por día en el que bebiste durante los 90 días anteriores al tratamiento y durante el período que estuviste en el programa.

Observando este segundo gráfico, ¿cómo dirías que ha cambiado tu bebida?

NOTAS

22 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach.* Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

EJEMPLO DE FEEDBACK PERSONALIZADO DE CONSUMO DE DROGAS DESDE EL PRETRATAMIENTO A LA SESIÓN 4

Sesión 4 individual y grupal

FICHA C 4.4

(Descargar o imprimir)

Feedback personalizado para

_____

_____

_____

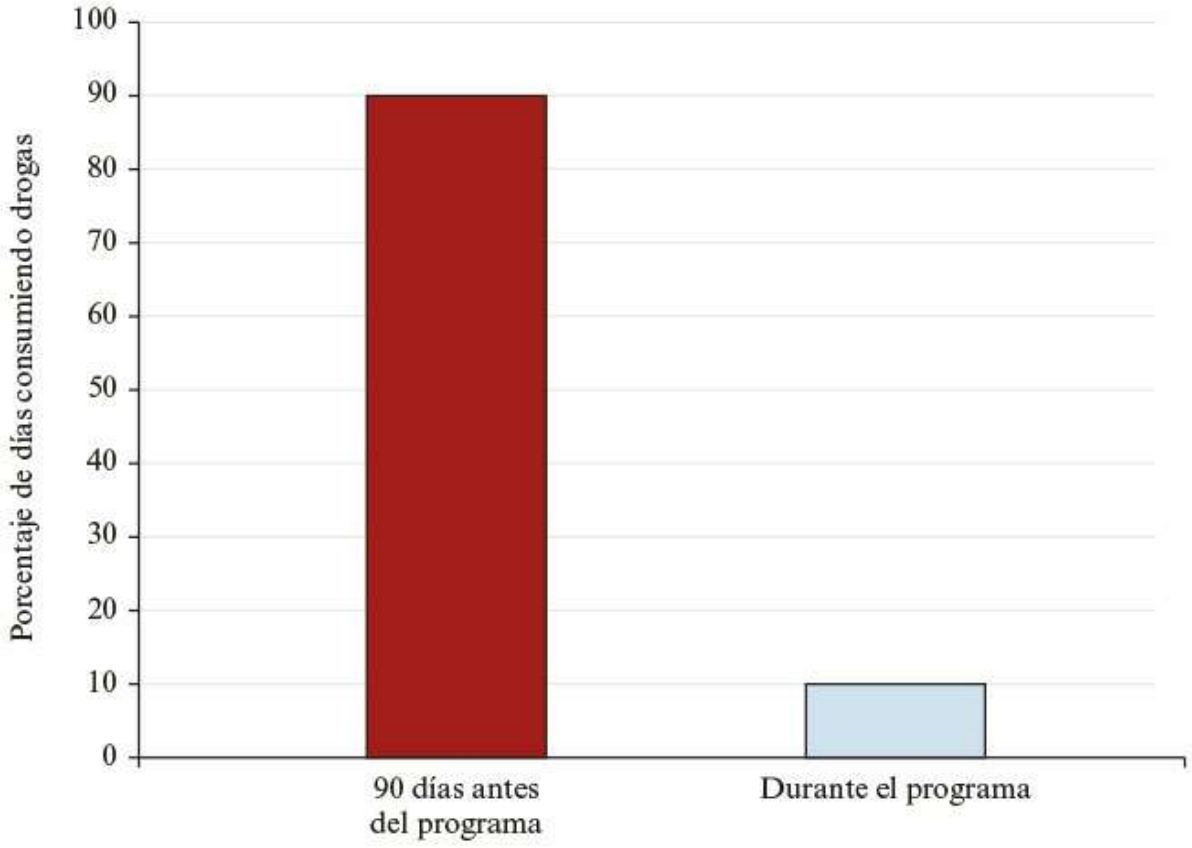
Droga principal por la que viene a tratamiento

_____

_____

_____

El gráfico siguiente muestra la información que nos ofreciste sobre tu consumo de drogas cuando viniste por primera vez y durante el tratamiento.[23]



Este gráfico compara la frecuencia (porcentaje de días) que consumiste la droga por la que viniste a tratamiento los 90 días anteriores al tratamiento y durante el período en el que estuviste en el programa.

Observando este gráfico, ¿cómo dirías que ha cambiado tu consumo de drogas?

NOTAS

23 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach.* Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

LECTURA IDENTIFICAR PRECIPITANTES
Sesión 2 individual y grupal

FICHA C 4.5

- Los problemas no aparecen normalmente de la noche a la mañana, y tampoco desaparecen de la noche a la mañana.[24]
- Para algunas personas puede ser fácil desde el principio el cambio, pero para otras el cambio lleva su tiempo.
- Piensa en el cambio como un intento de escalar una montaña. Algunas personas pueden escalar el Monte Cambio rápidamente por la vía B. Para otras, esta escalada por la vía A, como muestra el gráfico de abajo, puede llevar su tiempo.
- Mientras que la mayoría de la gente toma el camino recto, algunos se encontrarán irregularidades en el camino que les pueden hacer retroceder, pero no tienen que detenerles. Por ejemplo, si estás a dieta y te sales un día, lo puedes ver de dos maneras:
  1. Como un fracaso, abandonar y volver a tus patrones de alimentación anteriores. Hacer esto no te ayudará a conseguir tu objetivo.
  2. Como un contratiempo. Hacer esto te da una mejor oportunidad de conseguir tu objetivo.

COMPRENDER EL PROBLEMA

Aunque algunas veces hacemos cosas que no son buenas para nosotros, aunque normalmente nos comportamos así por alguna razón. El primer paso para cambiar una conducta es identificar por qué ocurre.

PRECIPITANTES

Los precipitantes son cosas que frecuentemente nos llevan a las conductas problema. Muchas circunstancias pueden actuar como precipitantes, como emociones agradables o desagradables o simplemente situaciones habituales. Por ejemplo:

- **Situaciones inesperadas:** tu avión se retrasa, o el trabajo que esperabas se viene abajo.
- **Situaciones que buscas:** ir a una fiesta.
- **Situaciones emocionales (positivas o negativas):** una discusión, encontrarse con un

viejo amigo, estar aburrido o estar de celebración.

- **Situaciones estresantes personales:** problemas económicos, una entrevista de trabajo o una comparecencia en el juzgado.

Como puedes ver, hay una gran variedad de situaciones precipitantes. En ocasiones puede ser sólo una, pero otras veces pueden ser varias.

CONSECUENCIAS

Si las personas reciben una recompensa inmediata al hacer algo, tenderán a hacerlo de nuevo. **Las consecuencias positivas** pueden ser cambios en el estado de ánimo, sentirse bien con los demás o pasar un buen rato.

Desafortunadamente, algunas conductas pueden tener **consecuencias negativas,** como problemas de salud, conflictos familiares o arrestos. Aunque las consecuencias negativas sean graves, no siempre aparecen de forma inmediata.

Cuando pienses en las consecuencias de tu conducta, deberías tener en cuenta lo que podría suceder en el futuro, los **riesgos.**

En el ejercicio de balance decisional te pedimos que hicieras un balance de costes y beneficios del cambio. El siguiente paso es identificar qué está desencadenando o qué se relaciona con tu conducta.

IDENTIFICAR PRECIPITANTES

- Identificar los precipitantes y las consecuencias de tu conducta de riesgo.
- Desarrollar opciones o alternativas realistas.
- Establecer tus opciones como objetivos, concretándolos tanto como sea posible.
- Decidir qué opciones son mejores para ti.
- A continuación, desarrollar planes de acción para conseguir tus objetivos. Deja un tiempo razonable para conseguir tus objetivos. **Tus problemas no aparecieron de la noche a la mañana, y si eres realista no pueden desaparecer de la noche a la mañana.**
- Monitoriza tu evolución. Si el plan funciona, reconoce el mérito que mereces. Si no funciona, averigua por qué y busca otras opciones.

Ejemplo: identificar precipitantes y consecuencias

Describe brevemente una de las situaciones problema o de riesgo **más graves.**
Ir a una fiesta cuando estoy estresado.

Describe de forma tan específica como sea posible el tipo de **precipitante** que normalmente está relacionado con esta situación.
Relajarme después del trabajo, presión social, tomar unas copas con amigos.

Describe las **consecuencias** que normalmente están relacionadas con esta situación. Recuerda tener en cuenta las consecuencias **negativas** y **positivas.**
Positivas: *Sentirme bien, relajado.*
Negativas: *Estar cansado por la mañana, perder el trabajo.*

Ejemplo: alternativas

Conducta problema o de riesgo.
Ir a una fiesta cuando estoy estresado.

Opiniones y consecuencias: describe al menos dos alternativas a este problema o conducta de riesgo y sus probables consecuencias.

Alternativa 1: *Evitar ir a la fiesta.*
Consecuencia probable de la alternativa 1:
Positiva: *No beber.*
Negativa: *Sentir que estoy perdiendo a mis amigos.*

Alternativa 2: *Ir a la fiesta, pero limitar la bebida a dos cervezas.*
Consecuencia probable de la alternativa 2:
Positiva: *Poder divertirme con los amigos.*
Negativa: *Puede ser difícil al principio.*

Ejemplo: plan de acción

Para cada alternativa, desarrolla un plan de acción que podría ayudarte a conseguir esa alternativa.

Mejor alternativa: *Ir a la fiesta y controlar lo que bebo.*
Plan de acción: Tomar una soda entre las copas. Servirte tus copas. Después de dos copas, sólo bebidas sin alcohol. Comer algo. Comprometerte a irte a cierta hora. Contar con un amigo que te ayude.

Segunda mejor alternativa: *No ir a la fiesta.*
Plan de acción: Ir a otro lugar que te guste, como ir a ver una película, a cenar o a un acontencimiento deportivo con los amigos.

NOTAS

24 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach.* Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

EJERCICIO DE IDENTIFICAR PRECIPITANTES
Sesión 2 individual y grupal

FICHA C 4.6

(Descargar o imprimir)

Parte de este programa implica realizar lecturas y ejercicios para casa antes de las sesiones. Se dirigen a ayudarte a:[25]

- Prepararte para las sesiones.
- Tomar un papel activo en el cambio de conducta.
- Valorar tu evolución.

En el primer ejercicio hacías un balance de los costes y beneficios del cambio. Ahora queremos ayudarte a identificar lo que desencadena o está relacionado con la conducta que quieres cambiar.

ASPECTOS A CONSIDERAR CUANDO REALICES ESTE EJERCICIO

Como la conducta que quieres cambiar ha jugado un papel fundamental en tu vida, puede que necesites realizar algunos cambios en ese estilo de vida. Echa un vistazo a las siguientes áreas de tu vida:

- **Disponibilidad:** Si lo que desencadena tu conducta está fácilmente disponible, puedes querer cambiar tu ambiente.
- **Actividades:** Si empleas mucho tiempo en la conducta, puedes necesitar encontrar otras maneras de emplear tu tiempo.
- **Relaciones con los demás:** En algunos casos puede ser necesario un cambio en las relaciones sociales para cambiar las conductas. Si decides que relacionarte con ciertas personas tiene mucho riesgo, entonces podrías decidir que es necesario cambiar tu círculo de amigos.

Las siguientes preguntas y categorías generales de precipitantes se dirigen a ayudarte a realizar este ejercicio.

Preguntas:

- ¿Dónde y cuándo se da la conducta?
- ¿Qué personas están presentes en estas ocasiones y cómo afectan a tu conducta?
- ¿Qué consigues con la conducta? Es decir, ¿para qué te sirve?

Categorías generales de precipitantes

- Estado emocional (por ejemplo, enfadado, deprimido, feliz, triste).
- Estado físico (por ejemplo, relajado, tenso, cansado, excitado).
- Presencia de otros (por ejemplo, ¿cuando sucede la conducta están ciertas personas presentes?).
- Disponibilidad.
- Ambiente físico (por ejemplo, trabajo, fiesta o casa de la ex-pareja).
- Presión social (por ejemplo, ¿te ves forzado o coaccionado a hacer cosas que no quieres?).
- Actividades (por ejemplo, trabajo, trabajar en casa, hacer deportes, ver TV o jugar a las cartas).
- Pensamientos (por ejemplo, recordar momentos en que realizaste la conducta).

EJERCICIO

Describe **dos situaciones típicas** que han desencadenado la conducta que quieres cambiar.

Pensar en experiencias reales que has tenido puede ayudarte a identificar precipitantes y consecuencias relacionadas con el cambio.

SITUACIÓN PRECIPITANTE 1

Describe brevemente **una** de tus **situaciones de alto riesgo.**

Describe los tipos de **CONSECUENCIAS** que normalmente están relacionadas con esta situación. Considera tanto las consecuencias **NEGATIVAS** como las **POSITIVAS,** y si se dan de forma inmediata o demorada.

SITUACIÓN PRECIPITANTE 2

Describe brevemente **una** de tus **situaciones de alto riesgo.**

Describe los tipos de **CONSECUENCIAS** que normalmente están relacionadas con esta situación. Considera tanto las consecuencias **NEGATIVAS** como las **POSITIVAS,** y si se dan de forma inmediata o demorada.

NOTAS

25 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach.* Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

EJEMPLO DE PERFIL BSCQ DE CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS DESDE LA EVALUACIÓN

Sesión 2 individual y grupal

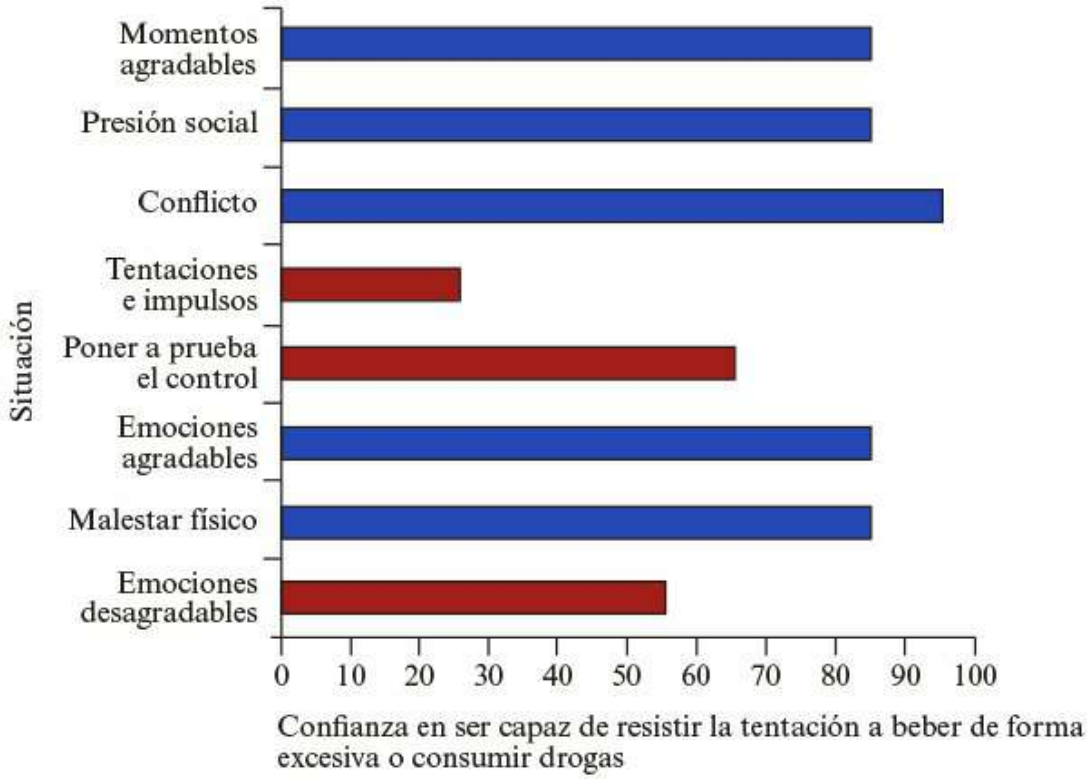
FICHA C 4.7

TU PERFIL DE AUTOCONFIANZA

El siguiente gráfico muestra tu confianza en ser capaz de resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas en distintas situaciones. Las situaciones en las que tienes menos confianza es más probable que sean de riesgo para ti. Puede ser especialmente útil que pienses en formas de identificar y planificar estas situaciones por anticipado. Por ejemplo, si tienes poca confianza en poder resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas en situaciones de presión social, puedes tratar de evitar estas situaciones o afrontarlas de forma distinta. También puedes observar tu calendario diario de consumo de alcohol o drogas para ver si los días en que bebes más o consumes drogas coinciden con aquellos en los que te costó resistir los impulsos a beber de forma excesiva o consumir drogas.[26]

¿Hasta qué punto tienes confianza?

Las tres situaciones en las que indicaste que tenías menos confianza en tu capacidad para resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas están marcadas en **NEGRO** en el siguiente gráfico.



NOTAS

26 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach.* Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

EJERCICIO DE DESARROLLAR NUEVAS ALTERNATIVAS Y PLANES DE ACCIÓN

Sesión 3 individual y grupal

FICHA C
4.8

(Descargar o imprimir)

En este ejercicio desarrollarás nuevas alternativas y planes de acción para las situaciones de alto riesgo que describiste en el ejercicio de **identificar precipitantes.**[27]

SITUACIÓN PRECIPITANTE 1

Describe dos alternativas y sus posibles consecuencias para tu **primera situación precipitante** del ejercicio de **identificar precipitantes.**

- Sé tan **concreto** como sea posible al describir las alternativas; todas ellas deberían ser **viables.**
- **Para cada alternativa,** indica lo que crees que ocurriría si utilizaras esa opción.
- Considera tanto las consecuencias **negativas** como las **positivas.**
- Finalmente, **decide qué alternativa** sería la mejor y la segunda mejor opción para manejar esta situación precipitante.
- **Alternativa 1:**

_____

Posibles consecuencias:

_____

_____

_____

- **Alternativa 2:**

_____

Posibles consecuencias:

_____

PLAN DE CAMBIO

Has elegido dos alternativas para tu situación precipitante 1. **Para cada alternativa,** indica lo que tienes que hacer para conseguir esa opción.

- Tu **plan de cambio** debería describir con detalle **cómo llevarías a la práctica tu alternativa.**
- Puede ser de ayuda descomponer el plan en **pasos más pequeños.**
- **Alternativa # 1 plan de cambio:**

Posibles consecuencias:

- **Alternativa # 2 plan de cambio:**

Posibles consecuencias:

SITUACIÓN PRECIPITANTE 2

Describe dos alternativas y sus posibles consecuencias para tu **segunda situación precipitante** del ejercicio de **identificar precipitantes.**

- Sé tan **concreto** como sea posible al describir las alternativas; todas ellas deberían ser **viables.**
- **Para cada alternativa,** describe lo que crees que ocurriría si utilizaras esa opción.
- Considera tanto las consecuencias **negativas** como las **positivas.**
- Finalmente, **decide qué alternativa** sería la mejor y la segunda mejor opción para manejar esta situación precipitante.
- **Alternativa 1:**

Posibles consecuencias:

- **Alternativa 2:**

Posibles consecuencias:

PLAN DE CAMBIO

Has elegido dos alternativas para tu situación precipitante 1. **Para cada alternativa,** indica qué tienes que hacer para conseguir esa opción.

- Tu **plan de cambio** debería describir con detalle **cómo llevarías a la práctica tu alternativa.**
- Puede ser de ayuda descomponer el plan en **pasos más pequeños.**
- **Alternativa # 1 plan de cambio:**

Posibles consecuencias:

- **Alternativa # 2 plan de cambio:**

Posibles consecuencias:

NOTAS

27 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach.* Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

EJEMPLO DE PERFIL BSCQ DE CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS DESDE LA EVALUACIÓN A LA SESIÓN 3

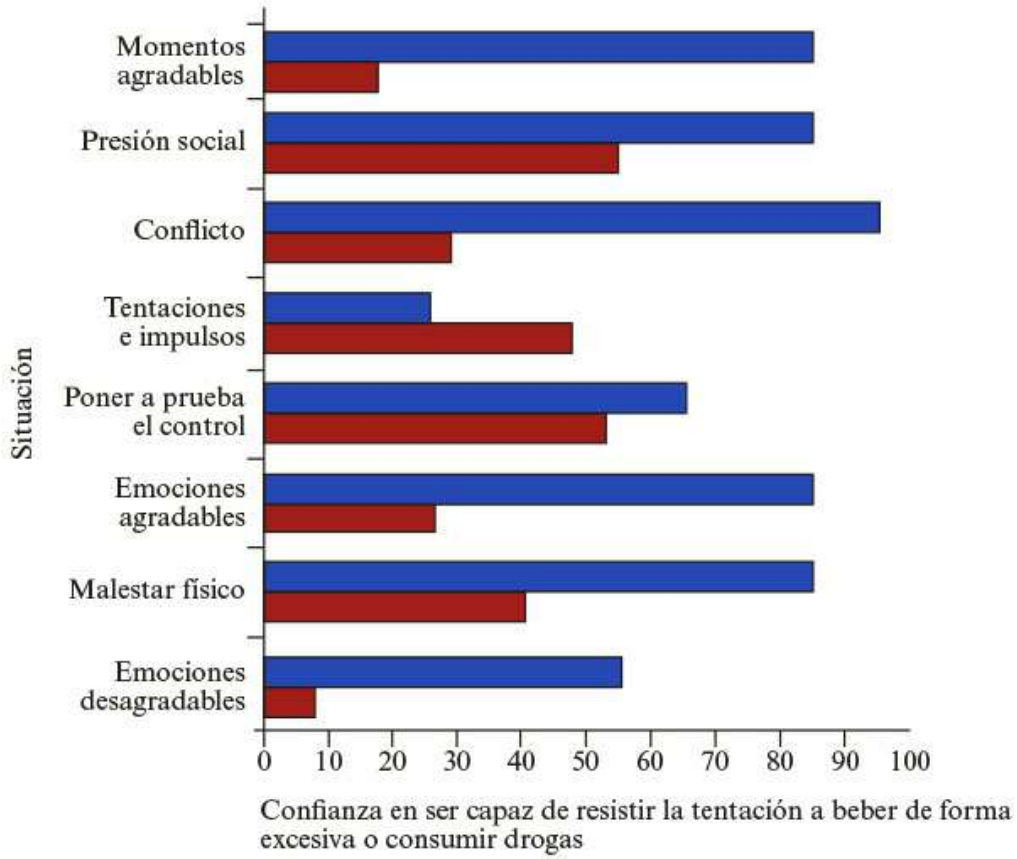
Sesión 4 individual y grupal

FICHA C 4.9

TU PERFIL DE AUTOCONFIANZA

¿Hasta qué punto tienes confianza?

El siguiente párrafo muestra tu confianza en ser capaz de resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas en distintas situaciones. Las barras **GRISES** muestran la confianza que tenías cuando comenzaste el programa y las barras **NEGRAS** muestran la confianza que tienes ahora. Las situaciones en las que tienes menos confianza es más probable que sean de riesgo para ti. Recuerda: puede que tengas que evitar situaciones en las que todavía tienes poca confianza en ser capaz de resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas, o aprender a manejarlas de forma distinta.[28]



Confianza en ser capaz de resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas

NOTAS

28 Copyright de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Reproducido con permiso en *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach.* Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

SOLICITUD DE SESIONES ADICIONALES
Sesión 4 individual y grupal

FICHA C 4.10

(Descargar o imprimir)

- Este programa de tratamiento te permite solicitar sesiones individuales adicionales más allá de las cuatro primeras sesiones.[29]
- El programa está diseñado para que sea individualizado. Algunas personas necesitan más sesiones que otras; algunas pueden necesitar más ahora, mientras que otras pueden necesitar más un poco más adelante.
- De forma consistente con el hecho de estar en un programa que permite que cada individuo dirija su propio cambio, si crees que necesitas sesiones adicionales sólo tienes que solicitárselas a tu terapeuta.
- Además, tu terapeuta se pondrá en contacto contigo por teléfono transcurrido un mes desde tu última sesión. Este contacto permite que tu terapeuta vea cómo lo estás haciendo y además te ofrece la oportunidad de tratar cualquier cuestión o problema por el que estés preocupado o solicitar sesiones adicionales.
- Por favor, señala la opción que figura abajo que refleje lo que crees que necesitas en la actualidad y entrega esta hoja a tu terapeuta al comienzo de la próxima sesión.
  a) No creo que necesite más sesiones después de la próxima sesión, pero comprendo que puedo llamar y solicitar sesiones adicionales en cualquier momento en el futuro.
  b) Creo que necesito sesiones adicionales ahora, por las siguientes razones:

_____

_____

_____

  c) Me gustaría tratar con mi terapeuta la cuestión de si necesito sesiones adicionales en la próxima sesión de tratamiento.

_____

NOTAS

[29] De Group Therapy for Substance Use Disorders: *A Motivational Cognitive-Behavioral Approach de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Copyright 2011 de The Guildford Press.* Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

5

Integrado la entrevista motivacional y las técnicas cognitivo-conductuales en la terapia de grupo

> Aunque algunos grupos de TCC [terapia cognitivo-conductual] utilizan en la actualidad procesos de grupo, se ha dedicado poca atención a analizar cómo una TCC en grupo puede utilizar sistemáticamente el poder del grupo para maximizar la eficacia o cómo las intervenciones de TCC podrían incidir sobre el proceso grupal.
>
> SATTERFIELD (1994, p. 185)

> Se podría desarrollar una psicoterapia de grupo pura de entrevista motivacional [en cursiva en el original] en la que un profesional hábil utilizara técnicas y principios de la entrevista motivacional dentro del grupo.
>
> INGERSOLL, WAGNER Y GHARIB (2002, p. 52)

Este capítulo trata de aspectos relativos a las dificultades que se han encontrado cuando se intentan aplicar los métodos cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional al contexto de la terapia de grupo. También incluye un breve repaso de los escasos ECA que se han llevado a cabo comparando los tratamientos individuales y grupales para TCS.

La entrevista motivacional está diseñada para construir una relación de colaboración entre clientes y terapeutas en la que se minimice la resistencia de los clientes y se fortalezca y mantenga su compromiso para cambiar. Además de para el tratamiento de TCS, los estudios que utilizan entrevista motivacional han tenido resultados impactantes en distintos problemas de salud y salud mental (Britt et al., 2003; Burke et al., 2003; Heather, 2005; Miller, 2005; Resnicow et al., 2002; Wright, 2004). Sin embargo, la mayor parte de los estudios han utilizado sólo tratamiento desarrollado en un contexto individual. La adaptación con éxito de la entrevista motivacional a la terapia de grupo, por el contrario, ha sido difícil (Walters, Bennett y Miller, 2000; Walters, Ogle y Martin, 2002). En su revision de entrevista motivacional en grupos, Walters et al. (2002) encontraron que la entrevista motivacional no tenía éxito cuando se utilizaba en el contexto de ofrecer *feedback* psicoeducativo a los miembros del grupo. Con frecuencia esto implicaba una única sesión, no realizada en forma de entrevista motivacional, para corregir conocimientos deficientes. De muchas maneras, estos esfuerzos psicoeducativos

se caracterizan mejor como clases o llevando a cabo la terapia individual en un contexto que integre la EM y las técnicas CC en la terapia de grupo, en comparación con la psicoterapia de grupo, que utiliza los procesos grupales para facilitar el cambio de conducta.

En su revisión de los estudios que habían fracasado con entrevista motivacional en grupo, Walters et al. (2000) han ofrecido sin darse cuenta una explicación del limitado éxito de los estudios de grupo con entrevista motivacional:

> «A diferencia de la psicoeducación, la entrevista motivacional es más un proceso de navegación que de transmisión de información: El cambio de conducta se da cuando el individuo sopesa las principales razones con las recompensas a corto plazo de la conducta. La complejidad de las in teracciones grupales ofrecen un mayor potencial de discrepancia, no participación, resistencia y argumentación colectiva» (p. 381).

Otra forma de comprender por qué la entrevista motivacional no se adapta bien a la psicoeducación en grupo y a muchos grupos de apoyo es darse cuenta de que aunque «el grupo es un vehículo para desarrollar un determinado paquete de material teórico, la naturaleza de la interacción de los miembros no es el principal objetivo» (MacKenzie, 1994, pp. 47-48). En la psicoterapia tradicional de grupo, MacKenzie (1994) indica que la experiencia interactiva de los miembros es el principal vehículo de aprendizaje. En relación con esto, Ingersoll et al. (2002), al reconocer que su modelo motivacional de grupo era psicoeducativo por naturaleza, afirmaban que «se podría desarrollar una ***psicoterapia de grupo pura de entrevista motivacional*** en la que un profesional hábil utilizara técnicas y principios de entrevista motivacional dentro del grupo» (p. 52, en cursiva en el original).

EL PODER DEL GRUPO: SACAR EL MÁXIMO RENDIMIENTO DE LOS PROCESOS GRUPALES

Casi todos los tratamientos cognitivo-conductuales se basan en la evidencia y han mostrado ser efectivos en los trastornos clínicos en un contexto individual (véase Bieling, McCabe y Antony, 2006; Satterfield, 1994). Aunque las terapias cognitivo-conductuales han sido llevadas a cabo de forma tradicional en un formato individual, un número creciente de estudios han extendido estos tratamientos a un contexto de grupo. A pesar de esta expansión, como ya se indicó de forma breve, han sido escasos los ECA que comparen los tratamientos grupales e individuales, específicamente el mismo tratamiento (Tucker y Oei, 2007). Dos revisiones, publicadas con una separación de una década, han comparado la terapia cognitivo-conductual en grupo vs. individual, y ambas concluyeron que los resultados eran contradictorios o inconsistentes (Satterfield, 1994; Tucker y Oei, 2007). Satterfield (1994) sugirió que muchos estudios de tratamientos de grupo cognitivo-conductuales «no habían enfatizado las dinámicas de grupo» (p. 187).

Los dos problemas fundamentales que han invadido los tratamientos cognitivo-

conductuales en grupo son: 1) su fracaso en utilizar de forma sistemática los procesos grupales, que según Satterfield (1994) «diluye su poder» (p. 192), y 2) su fracaso en integrar las técnicas cognitivo-conductuales en los procesos grupales. Estas preocupaciones, desarrolladas hace 15 años (Satterfield, 1994), fueron recientemente reiteradas en un libro sobre este tema (Bieling et al., 2006). En su revisión de 1994, Satterfield argumentaba que la mayor parte de los grupos de terapia cognitivo-conductual parecían ver las dinámicas de grupo como «un epifenómeno o minimizaban la importancia de los procesos grupales en diverso grado» (p. 185), y «aunque se daban intercambios interpersonales en la TCC [terapia cognitivo-conductual], las intervenciones normalmente centraban más su atención en el tratamiento del individuo dentro de un grupo que a través del grupo» (Satterfield, 1994, p. 185). Además, tanto Satterfield como Bieling et al., han mantenido que cuando los grupos cognitivo-conductuales centran la intervención en individuos en el grupo, ignoran el poder del grupo.

Por ejemplo, en un estudio conductual de entrenamiento en habilidades sociales en grupo, Monti et al. (1989) indicaron que sus grupos se dirigían «a educar a los clientes más que a analizar sus sentimientos» (p. 126). Además, comentaban que «en el contexto de los grupos de entrenamiento en habilidades conductuales, 'el proceso' puede tener un significado algo diferente del que tiene cuando se utiliza en la psicoterapia tradicional de grupo» (p. 125). De forma parecida, al describir cómo desarrollar el tratamiento cognitivo-conductual para la fobia social en un contexto grupal, Heimberg y Becker (2002) advertían que, en términos de su instrucción al grupo, muchas de las actividades «se centraban en la interacción del terapeuta con un solo cliente» (p. 268). Como en el estudio de Monti et al., los grupos de entrenamiento en habilidades para la fobia social de Heimberg y Becker pueden verse como interacciones diádicas llevadas a cabo en un contexto de grupo más que como reflejo de verdaderos procesos grupales. En resumen, los estudios cognitivo-conductuales normalmente han estado muy estructurados, y con frecuencia implicaban que el terapeuta trabajara con un solo paciente a la vez, mientras el resto de los miembros del grupo observaban la interacción. Esto, por supuesto, es muy distinto a utilizar las interacciones entre los componentes del grupo como una fuerza para el cambio.

Satterfield (1994) sugirió que atender a los procesos y estructura del grupo podría mejorar los resultados de los estudios de terapia cognitivo-conductual. Al prestar atención a algunas de las variables clave de los procesos del grupo identificadas por Satterfield (por ejemplo, cohesión grupal, normas del grupo, isomorfismo), es fácil comprender por qué las intervenciones cognitivo-conductuales y las técnicas de entrevista motivacional que han tenido éxito en un contexto individual no lo han generalizado a un contexto grupal. Por ejemplo, la cohesión grupal, tratada con detalle en el capítulo 6, se define como hasta qué punto un grupo refuerza a sus miembros. Los grupos cohesionados se caracterizan por tener una atmósfera de grupo positiva, una

cultura en la que sus miembros asumen una responsabilidad personal con el trabajo del grupo y los cambios del grupo. Además, en los grupos cohesionados no existe tensión interpersonal. Así los grupos que no utilizan procesos grupales es más probable que tengan niveles bajos de cohesión, una característica que la investigación ha relacionado con peores resultados de tratamiento (MacKenzie, 1997; Satterfield, 1994).

Un contexto de grupo ofrece una base para influir en la conducta de sus miembros en términos de apoyo y presión social para el cambio, algo que no es posible en una terapia individual. Cuando están operando las dinámicas de grupo, se dan interacciones a múltiples niveles, así como dentro de todo el grupo. Una razón para que se vea la psicoterapia de grupo como compleja y desafiante es que el terapeuta tiene que operar a muchos niveles (Dies, 1994; Yalom y Leszcz, 2005): 1) como miembro del grupo; 2) como terapeuta, dirigiendo al grupo hacia los objetivos y tratando con los miembros resistentes o desafiantes, y 3) como se indica en el capítulo 6, como director de orquesta, haciendo que los miembros del grupo trabajen en armonía para producir un sonido que no se conseguiría con un solo instrumento.

ADAPTACIÓN DEL MODELO DE TRATAMIENTO DE ACD

El capítulo anterior describía cómo llevar a cabo el tratamiento de ACD utilizando un modelo de terapia individual y contenía guías para el terapeuta para cuatro sesiones de tratamiento individual. En cambio, este capítulo describe la adaptación del modelo de tratamiento de ACD a la terapia de grupo. Esta adaptación implica integrar las estrategias y técnicas cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional en un formato grupal. Como en el capítulo 4, al final del capítulo hay cuatro fichas de sesiones para los terapeutas del grupo (hojas para el terapeuta de grupo 5.1-5.4), que describen los objetivos de la sesión, los procedimientos de la sesión, las fichas del cliente y la planificación previa a la sesión de grupo. Además, cada ficha del grupo presenta discusiones en cadena, formato que se utiliza para llevar a cabo la intervención clínica en una terapia de grupo. Este formato se dirige a proporcionar apoyo, *feedback* y consejos que provengan fundamentalmente de los componentes del grupo más que de los terapeutas. Dentro de cada discusión en cadena hay muestras de diálogos y ejemplos clínicos que permiten a los terapeutas integrar las técnicas, estrategias y ejercicios para casa cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional en un formato grupal. Para evitar redundancias, las descripciones de las medidas de ACD y otros detalles de las sesiones, explicados ampliamente en los capítulos 3 y 4, no se repetirán aquí. En su lugar, se remitirá a su descripción en dichos capítulos.

Composición y estructura de los grupos de ACD

Como se describió en el capítulo 1 (véase tabla 1.2), diversos estudios basados en la

evidencia han evaluado el modelo de tratamiento de ACD. A excepción del estudio que se describe en este libro (L. C. Sobell et al., 2009), los demás estudios han sido llevados a cabo utilizando un formato de terapia individual. En términos de composición y estructura, el grupo de intervención de ACD, como su contrapartida individual, es una intervención cognitivo-conductual que utiliza un estilo de *counseling* y estrategias motivacionales a lo largo del tratamiento. Como la intervención es limitada en el tiempo (incluyendo evaluación y cuatro sesiones semi-estructuradas), se utiliza un formato de grupo cerrado (es decir, no se incluyen miembros después de la primera sesión).

La mezcla de clientes puede ser heterogénea e incluir hombres y mujeres, así como personas que presentan distintos problemas de consumo de sustancias. El número ideal de miembros de estos grupos es de seis a ocho (además de los terapeutas). Las sesiones de grupo se realizan una vez a la semana, con una duración de 2 horas. Se llama por teléfono a los miembros del grupo el día anterior para recordarles el comienzo del grupo. Como el modelo de tratamiento de ACD en grupo utiliza procesos grupales, para evitar que se lleve a cabo una terapia uno-a-uno en contexto grupal, los terapeutas (coterapeutas) tienen que formarse en cómo utilizar los procesos grupales. En la versión de tratamiento grupal se utilizan los mismos ejercicios para casa, lecturas y autorregistros que en la terapia de ACD individual; la diferencia fundamental es que las discusiones en grupo se llevan a cabo utilizando un formato de discusión en cadena, que se describe brevemente.

Antes de comenzar el grupo, se evalúa a los clientes de forma individual y se habla con ellos sobre el próximo grupo. Como parte de la evaluación, se les entrega un folleto (ficha del cliente 5.1) que describe los beneficios de la terapia de grupo y las expectativas de los miembros del grupo. Antes y después de cada sesión de grupo los terapeutas se reúnen durante 10-15 minutos para preparar la sesión de grupo, y después para discutir lo que ha ocurrido. Aunque sólo hay cuatro sesiones estructuradas, los clientes pueden solicitar sesiones adicionales, que se llevarían a cabo como sesiones de terapia individual. En nuestra experiencia clínica, ha fun cionado bien el hecho de que sea uno de los terapeutas del grupo quien ejerza también como terapeuta de los miembros que solicitan más sesiones. Finalmente, se indica a todos los clientes que uno de los terapeutas del grupo les llamará aproximadamente un mes después de su última sesión de grupo para preguntarles por su evolución, apoyar sus cambios y programar sesiones adicionales si fueran necesarias.

Prepararse para dirigir grupos

Como se tratará en los capítulos 7 y 8, llevar grupos de terapia (vs. grupos de proceso o psicoeducativos) es complejo y puede presentar desafíos. La terapia de grupo puede considerarse más compleja que la terapia individual por varias razones. La primera es que hay que manejar a muchos clientes al mismo tiempo. La segunda es que, como se

indicará en el capítulo 9, muchos terapeutas de grupo tienen poca o ninguna formación formal de grupos. Para poder enfrentarse a los desafíos del trabajo con grupos y ofrecer un cuidado adecuado de los pacientes, los expertos en el ámbito de la psicoterapia de grupo creen que es esencial una formación especializada (Bieling et al., 2006; Dies, 1994; Markus y King, 2003; Thorn, 2004; Yalom y Leszcz, 2005). Como muchas de las habilidades que se necesitan para llevar a cabo la terapia individual no se pueden generalizar a la terapia de grupo (Dies, 1994), incluso los mejores terapeutas individuales necesitan formación para utilizar y aplicar de forma efectiva los procesos grupales. Finalmente, una razón fundamental por la que ha sido difícil integrar en la terapia de grupo las intervenciones cognitivo-conductuales y motivacionales, especialmente componentes como los ejercicios para casa y el *feedback* personalizado, ha sido la apreciación insuficiente de los procesos grupales (Bieling et al., 2006).

Aspectos a tener en cuenta al adaptar las técnicas y estrategias cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional al formato de grupo

Por las razones que se acaban de discutir, extender cualquier tratamiento basado en la terapia individual a un formato grupal requiere importantes adaptaciones. Como se trató en el capítulo 1, la decisión de extender el modelo de tratamiento de ACD a un formato grupal conllevó una considerable planificación y trabajo. Una de las adaptaciones implicó reconocer la necesidad de comprender las dinámicas de dirigir grupos utilizando procesos grupales. La principal razón es que, a diferencia de la terapia individual, en la que hay una relación diádica, en los grupos hay interacciones múltiples y complejas que hay que manejar. Una condición indispensable para el éxito al dirigir grupos es que los terapeutas comprendan cómo pueden utilizar las interacciones del grupo para guiar a los miembros hacia el cambio de conducta (Yalom y Leszcz, 2005) y «utilizar los procesos grupales de forma rigurosa y responsable» (Satterfield, 1994, p. 192).

Teníamos tres preocupaciones fundamentales a la hora de incorporar las técnicas cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional al formato grupal. La primera era asegurar que el tratamiento haría uso del formato de grupo, en lugar de que fuera un espacio para observar las interacciones diádicas. A este respecto, Satterfield (1994) afirmó que «aunque se dan intercambios interpersonales en los grupos cognitivo-conductuales, las intervenciones normalmente se centran en tratar a los individuos en el grupo en lugar de *a través* del grupo» (p. 185, en cursiva en el original). Nuestra segunda preocupación era asegurar que se utilizarían los procesos grupales para facilitar el cambio. La tercera preocupación fundamental era integrar las estrategias motivacionales y cognitivo-conductuales en el formato grupal, de manera que se conservara su impacto y efectividad terapéutica.

Los dos primeros aspectos pueden abordarse si los terapeutas reciben una formación adecuada en procesos grupales. En cuanto a la integración de la entrevista motivacional

y las estrategias cognitivo-conductuales en un formato grupal, que es el principal objetivo de este capítulo, primero revisamos la literatura sobre la terapia de grupo para aprender cómo crear una integración efectiva que sacara el máximo partido de los procesos grupales. También decidimos que el personal estuviera formado por expertos en terapia de grupo. Esta experiencia nos demostró que podía formarse a terapeutas con poca experiencia en grupos en procesos grupales (es decir, los resultados en las condiciones de tratamiento de grupo e individual en nuestro estudio fueron muy similares, y ambas mostraron cambios significativos del pre- al pos-tratamiento; L.C. Sobell et al., 2009).

Al mismo tiempo que estábamos determinando cómo integrar las estrategias cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional en un formato grupal, también teníamos que considerar limitaciones inherentes a la terapia de grupo. La limitación fundamental a la que nos tuvimos que enfrentar fue la inclusión de todos los miembros en las discusiones de grupo, dentro de los límites temporales de la sesión de grupo. A este respecto, decidimos utilizar lo que hemos denominado discusiones en cadena. De esta forma, para muchos procedimientos de ACD (por ejemplo, *feedback* personalizado, revisión de los ejercicios para casa) la principal diferencia entre las sesiones grupales e individuales es que los grupos utilizan un formato de discusiones en cadena.

DISCUSIONES EN CADENA

Las discusiones en cadena se utilizan a lo largo de todas las sesiones de ACD como una forma de incluir a todos los miembros del grupo en la discusión de todos los temas y ejercicios fundamentales. La tabla 5.1 contiene descripciones de varias discusiones en cadena utilizadas en las cuatro sesiones de grupo de ACD (L. C. Sobell et al., 2009). Las cuatro fichas del terapeuta de grupo (5.1-5.4) recogidas al final de este capítulo incluyen sugerencias específicas de cómo centrar cada discusión en cadena y ejemplos de maneras en que los terapeutas de grupo pueden iniciar y mantener las discusiones. Además, las hojas contienen notas para los terapeutas relacionadas con el manejo de las discusiones. La tabla 5.2 ofrece ejemplos de frases que pueden utilizar los terapeutas para introducir a los miembros, y de temas en la discusión del grupo (por ejemplo, señalar aspectos delicados expuestos por un miembro o hacer que todos los miembros hablen sobre un determinado tema).

Discusiones en cadena: una forma de que los miembros compartan el tiempo en los grupos

Aunque puede que los miembros del grupo no reciban tanta atención (por ejemplo, respuestas a las tareas para casa) como en la terapia individual, las discusiones en cadena ofrecen la oportunidad de que todos los miembros hablen sobre algún aspecto de cada

tema o tarea y que reciban *feedback* y apoyo de sus compañeros. En la primera sesión se discuten las siguientes aspectos clave: las expectativas de los miembros, las reglas del grupo, la necesidad de participar de forma regular y la necesidad de que los miembros del grupo actúen como agentes del cambio (es decir, que se apoyen y refuercen unos a otros). Por último, para que las discusiones en cadena funcionen de forma efectiva, los terapeutas tienen que controlar el tiempo para que todos los miembros tengan oportunidad de participar y se aborden todos los temas de cada sesión (por ejemplo, *feedback* personalizado o discusiones de la tarea para casa).

Los terapeutas también explican al grupo que buscan una participación equilibrada, y que una forma de asegurarla es utilizar discusiones en cadena. Aunque cada miembro tiene siempre oportunidad de discutir cada tarea y sus autorregistros, se pide a cada uno que seleccione un ejemplo de la tarea para casa (por ejemplo, en la ficha del cliente 4.6 una de las dos situaciones precipitantes de alto riesgo), en lugar de hablar sobre todo lo de cada tarea. Con los años, hemos constatado que si se explica al grupo la lógica de las discusiones en cadena, la comprenden y se adaptan rápidamente al procedimiento.

En cada sesión de grupo, se pide a los miembros que compartan sus experiencias y que comenten las conductas y tareas de otros miembros. De esta forma se pueden identificar aspectos en común. Excepto para las actividades de grupo (por ejemplo, tareas para casa), no es necesario que todos los miembros participen en todas las discusiones en cadena. Sin embargo, todos los integrantes deben participar en cada sesión de grupo. Lo que construye la unión no es la cantidad de tiempo que los miembros participen, sino, más bien, conseguir que todo el mundo participe activamente.

TABLA 5.1

Temas de la discusión en cadena utilizados en el grupo de tratamiento de ACD

SESIÓN 1

- *Introducción:* Incluye normalizar los sentimientos de los miembros acerca de los grupos y discutir las reglas del grupo, lo que esperan del tratamiento y por qué han venido a tratamiento.
- *Autorregistros:* Discusión de los autorregistros completados por los clientes sobre el consumo de alcohol o drogas desde la entrevista de evaluación (Alcohol: ficha del cliente 3.2; Drogas: ficha del cliente 3.3).
- *Valoraciones de objetivos:* Revisión de las valoraciones de objetivos de abstinencia o bebida controlada de bajo riesgo, completadas por los clientes, incluyendo la importancia del objetivo y las estimaciones de confianza (Abstinencia: ficha del cliente 3.4; Elección de objetivo: ficha del cliente 3.5).
- *Feedback personalizado:* Discusión de las fichas de *feedback* personalizado (es decir, los resúmenes del consumo de alcohol y drogas antes del tratamiento; dónde se sitúa su consumo de alcohol o drogas con respecto a las normas nacionales, o las puntuaciones en el AUDIT o DAST-10 que valoran la gravedad de su consumo de sustancias anterior al tratamiento (Alcohol: ficha del cliente 4.1; Drogas: ficha del cliente 4.2).
- *Balance decisional:* Discusión de las cosas buenas y menos buenas sobre el cambio en el consumo de alcohol o drogas utilizando el ejercicio de balance decisional (ficha del cliente 3.1).
- *Final de la sesión:* Cierre y qué destacarían.

SESIÓN 2

- *Autorregistros:* Discusión de los autorregistros completados por los clientes sobre el consumo de alcohol o drogas desde la sesión 1 (Alcohol: ficha del cliente 3.2; Drogas: ficha del cliente 3.3).
- *Situaciones precipitantes de alto riesgo:* Discusión de la lectura y el ejercicio de identificar situaciones precipitantes de alto riesgo de consumo de alcohol o drogas, incluyendo cómo tomar una perspectiva realista del cambio (es decir, Monte Recuperación) y cómo considerar las caídas como experiencias de aprendizaje (Lectura: ficha del cliente 4.5; Ejercicio: ficha del cliente 4.6).
- *BSCQ:* Revisión de los perfiles personalizados de las situaciones de alto riesgo de consumo de alcohol o drogas utilizando los BSCQ que completaron en la evaluación; incluye una discusión de la relación del perfil *BSCQ* con los precipitantes de alto riesgo del ejercicio para casa (ficha del cliente 4.7).
- *Escala Dónde estás ahora:* Revisión de la escala Dónde estás ahora completada por los clientes (ficha del cliente 3.6).
- *Final de la sesión:* Cierre y qué destacarían.

SESIÓN 3

- *Autorregistros:* Discusión de los autorregistros completados por los clientes sobre el consumo de alcohol o drogas desde la sesión 2 (Alcohol: ficha del cliente 3.2; Drogas: ficha del cliente 3.3).
- *Desarrollar nuevas alternativas y planes de acción:* Discusión del ejercicio para casa sobre desarrollar nuevas alternativas y planes de acción para afrontar las situaciones de alto riesgo identificadas en la sesión 2 (ficha del cliente 4.8).
- *Final de la sesión:* Cierre y qué destacarían.

SESIÓN 4

- *Autorregistros:* Discusión de los autorregistros completados por los clientes sobre el consumo de alcohol o drogas desde la sesión 3 (Alcohol: ficha del cliente 3.2; Drogas: ficha del cliente 3.3).
- *Feedback comparativo personalizado sobre los cambios en el consumo de alcohol o drogas:* Discusión sobre el *feedback* personalizado acerca de los cambios en el consumo de alcohol o drogas desde la sesión de evaluación hasta la sesión 3 (fichas del cliente 4.3 y 4.4, respectivamente).
- *Comparación de valoraciones de objetivos:* Evaluación comparativa de la primera (evaluación) y segunda (sesión 3) valoración de objetivos de los clientes, incluyendo la importancia de su objetivo y las estimaciones de confianza (Abstinencia: ficha del cliente 3.4; Elección de objetivo: ficha del cliente 3.5).
- *Revisar el ejercicio de balance decisional:* Discusión de cualquier añadido o cambio en las respuestas al ejercicio de balance decisional desde la sesión 1 a la sesión 4.
- *Cambios en el BSCQ:* Revisión de los perfiles personalizados preparados de las situaciones de alto riesgo de consumo de alcohol o drogas, utilizando el BSCQ completado en la evaluación y en la sesión 3 (ficha del cliente 4.9).
- *Implementación de alternativas:* Discusión de la puesta en práctica del ejercicio relacionado con las nuevas alternativas para afrontar las situaciones precipitantes de alto riesgo.
- *Revisar el Monte Recuperación y la prevención de recaídas:* Revisión de la lectura *Precipitantes de alto riesgo.*
- *Escala Dónde estás ahora:* Revisión comparando la escala Dónde estás ahora (ficha del cliente 3.6) completada por los clientes a lo largo del tratamiento.
- *Final de la sesión:* Cierre y qué destacarían.

TABLA 5.2

Formas de integrar a los distintos miembros y temas en las discusiones del grupo

Enfoque de grupo	Comentarios de los terapeutas
Buscar los puntos en común en la discusión.	• *«¿Alguien más ha tenido ese tipo de experiencia?»* • *«¿Alguien más siente lo mismo?»* • *«¿Alguién más se siente como Mary?»*

Incluir a más miembros del grupo en la discusión.	• *«¿Qué piensa el grupo sobre las razones que podrían llevar a beber o consumir drogas después de estar abstinente durante varios meses?»*
Invitar a todos los miembros a hablar (utilizado con los ejercicios para casa).	• *«¿Qué os llamó la atención del ejercicio de balance decisional que cada uno de vosotros completó para esta sesión?»*
Provocar frases de apoyo del grupo sobre los cambios de los miembros.	• *«Parece que varios miembros han realizado cambios importantes en el consumo de sustancias desde la última semana. ¿Qué piensa el grupo sobre estos cambios?»*
Señalar un aspecto expuesto por algún miembro e invitar a otros a hablar.	• *«Parece que Bill está indeciso sobre no consumir cocaina. ¿Cómo habéis afrontado los demás sentimientos parecidos?»*
Hacer que otros miembros ofrezcan más sugerencias.	• *«De acuerdo, entonces Bill nos ha ofrecido una sugerencia sobre cómo Mary podría afrontar los problemas con su hija. ¿En qué otras alternativas puede pensar el grupo para ayudar a Mary?»*
Hacer que todos los miembros hablen sobre un tema específico.	• *«¿Cómo cambiarían vuestras vidas dentro de seis meses si dejarais de consumir alcohol o drogas?»*
Invitar a los demás a ofrecer respuestas alternativas a una respuesta dura de un miembro.	• *«Mary, esa es una forma de ver lo que le ha ocurrido a Bill. ¿Cuáles son otras maneras de ver lo que le ha ocurrido a Bill?»*
Señalar una interacción incómoda e invitar a otros a hablar.	• *«Me parece que los demás están incómodos con lo que acaba de ocurrir.»*
Señalar la tension que se ha producido entre los miembros del grupo; los terapeutas indican un tiempo fuera para procesar lo que ha ocurrido.	• *«Parece que están sucediendo muchas cosas y quiero pedir un "Tiempo fuera". Podemos regresar al mismo tema más tarde, pero veamos lo que ha ocurrido en el grupo ahora.»*
Señalar un tema delicado expuesto por un miembro e invitar a los demás a hablar.	• *«Mary nos ha contado cosas muy personales sobre sí misma. Debe haber sido difícil. ¿Qué piensan los demás sobre lo que Mary acaba de compartir?»*
Reconocer respuestas no verbales de los miembros e invitarles a transformarlas en respuestas verbales.	• *«He notado que cuando Mary habló de los problemas con su marido muchos de vosotros estabais asintiendo. ¿Qué significa el asentimiento de vuestra cabeza?»*

Las discusiones en cadena comienzan cuando los terapeutas introducen un tema y abren la discusión a los miembros del grupo. Si al principio no habla ninguno, los terapeutas pueden preguntar a todo el grupo a quién le gustaría comenzar la discusión, o pueden pedir a algún miembro en concreto que comience. Cuando los miembros hablan de forma voluntaria en las primeras sesiones, los terapeutas deberían reforzar sus comentarios (por ejemplo, *«Esto es exactamente lo que quiero que hagan los miembros del grupo»*).

Las discusiones en cadena y la cohesión de grupo

Las discusiones en cadena no sólo aseguran que todos los miembros participen de forma regular, sino que también promueven el desarrollo de la cohesión utilizando procesos grupales (por ejemplo, los miembros identifican aspectos en común y ofrecen comentarios de apoyo a los demás). Para utilizar el tiempo del grupo de manera eficiente durante la preparación antes de la sesión de grupo (véase capítulo 6), los terapeutas tienen que distribuir el tiempo de manera que se aborden los procedimientos planificados para la sesión (por ejemplo, sesión 1: empezar y finalizar grupos; revisar los autorregistros; discutir los ejercicios de balance decisional; presentar materiales de *feedback*, o explicar los ejercicios para casa para la siguiente sesión).

Un objetivo fundamental de la terapia de grupo es que los miembros del grupo, más que los terapeutas, sean la principal fuente de refuerzo y apoyo para los demás miembros. Además de ofrecer apoyo emocional a los demás, los miembros del grupo pueden ofrecer también una validación consensuada y consejos de cómo afrontar los problemas. Como se aborda en el siguiente capítulo, el objetivo es que la *música venga del grupo.* Visto de esta forma, los miembros del grupo deberían hablar la mayor parte del tiempo, mientras que los terapeutas orquestarían las discusiones e integrarían a los miembros en las conversaciones. En cuanto se forma el grupo, los terapeutas tienen que fomentar la participación de todos los miembros. Identificar los puntos en común entre los miembros es la clave para desarrollar cohesión de grupo.

Comenzar y finalizar las sesiones de grupo utilizando discusiones en cadena

Como algunos miembros del grupo manifiestan ansiedad inicial para hablar en grupo, un objetivo de la primera sesión es desarrollar un clima seguro para compartir y sincerarse. Una manera de facilitar esto es comenzar la primera sesión presentándose todos los miembros entre sí. La primera sesión contiene varios temas de discusión en cadena no amenazantes (véase la ficha del terapeuta de grupo 5.1; por ejemplo, presentación de los miembros, normalizar las preocupaciones que tienen sobre los grupos o lo que esperan del tratamiento). Utilizar discusiones de grupo no amenazantes durante la primera parte de la sesión 1 puede ayudar a establecer cohesión de grupo, algo esencial para los resultados positivos en la terapia de grupo (Dies, 1993; Satterfield, 1994; Yalom y Leszcz, 2005). De forma parecida, al terminar las sesiones de grupo es importante hacerlo de forma que mantenga la cohesión y los sentimientos positivos sobre la terapia de grupo. A continuación se muestran algunas formas en que los terapeutas finalizan los grupos utilizando discusiones en cadena.

UTILIZANDO LAS DISCUSIONES EN CADENA PARA FINALIZAR LOS GRUPOS

- *«¿Cómo fue tu primera sesión de grupo?»* o *«¿Cómo fue escuchar a otras personas con problemas parecidos?»*.
- Para reforzar las habilidades aprendidas de sesión a sesión, el terapeuta puede preguntar: *«¿Qué te llevas del grupo de hoy que podrías poner en práctica hasta la siguiente sesión de grupo?»*.

La siguiente pregunta, que se realiza en los últimos 5 minutos de los grupos abiertos y cerrados, se parece mucho a un resumen de entrevista motivacional de la perspectiva de cada miembro, incluyendo los terapeutas, sobre lo que ocurrió en el grupo.

«Hoy hemos hablado de muchas cosas en la sesión de grupo. Hagamos una ronda para que todos, incluidos los terapeutas, digamos algo destacable sobre la sesión de grupo.»

INTEGRAR LAS ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN UN FORMATO GRUPAL UTILIZANDO DISCUSIONES EN CADENA

Esta parte del capítulo ofrece sugerencias específicas de cómo utilizar las estrategias y técnicas específicas de la entrevista motivacional en un formato grupal utilizando discusiones en cadena. Como las estrategias de la entrevista motivacional se trataron detalladamente en el capítulo 2, sólo se presentan aquí descripciones breves de las técnicas en relación con su uso en las discusiones en cadena.

Utilizar discusiones en cadena con las tareas para casa

Como los grupos tienen muchos miembros, no se pueden discutir las respuestas a todos los ejercicios para casa, como ocurriría en una sesión de terapia individual. Como se trató en el capítulo 3, la tareas para casa han sido un pilar de las intervenciones cognitivo-conductuales durante muchos años y tienen diversos beneficios: 1) fortalecen lo que se discutió en la terapia; 2) comprometen a los miembros en el tratamiento fuera de las sesiones; 3) permiten a los terapeutas señalar puntos en común durante una discusión, lo que, a su vez, ofrece una base para construir cohesión; 4) los ejercicios para casa escritos ayudan a que todos los miembros traten lo mismo, y 5) los estudios han mostrado sobradamente que aquellos que cumplen con las tareas para casa tienen mejores resultados de tratamiento, quizá porque están trabajando fuera de las sesiones (Burns y Spangler, 2000; Kazantzis et al., 2000).

Una forma de evitar o minimizar los problemas de cumplimiento de las tareas para casa es explicar su lógica y cómo encaja con el tratamiento (Addis y Jacobson, 2000; Kazantzis, Deane, Ronan y L'Abate, 2005). Discutir la necesidad de completar los ejercicios para casa es igual de importante si el formato de tratamiento es individual o grupal. Como se abordó en el capítulo 1, el 90 por 100 de los clientes de terapia de grupo en el estudio GRIN (L. C. Sobell et al., 2009) completó y trajo a las sesiones las tareas para casa y los auto rregistros. Creemos que esta alta tasa de cumplimiento está directamente relacionada con la explicación de nuestros terapeutas sobre la lógica y la

importancia de realizar dichos ejercicios para casa.

La discusión de los ejercicios para casa, que implica a todos los miembros del grupo, comienza cuando los terapeutas piden a los miembros que hablen sobre lo que obtuvieron del ejercicio para casa. Los terapeutas pueden preguntar: *«¿Quién más ha tenido experiencias parecidas?»*. Preguntas como ésta pueden utilizarse para identificar puntos en común entre los miembros.

El ejercicio *Identificar precipitantes* (ficha del cliente 4.6) ofrece un buen ejemplo de cómo utilizar los ejercicios para casa en una discusión en cadena. Este ejercicio para casa, que se entrega y explica a los miembros en la sesión 1, se aborda con los clientes en la sesión 2. Este ejercicio pide a los clientes que identifiquen y discutan dos situaciones precipitantes de alto riesgo relacionadas con su consumo de alcohol o drogas que se dieron durante el año anterior (véase la sesión 2 en el capítulo 4). En una terapia individual los clientes hablarían sobre las dos situaciones precipitantes con los terapeutas. Sin embargo, como no hay suficiente tiempo para que todos los miembros del grupo hablen acerca de las dos situaciones precipitantes, se pide a cada miembro que seleccione y hable de una de sus dos situaciones precipitantes. La compensación es que, aunque tienen menos tiempo para hablar de sus situaciones personales, se benefician de compartir sus experiencias con el resto de los componentes del grupo, que pueden apoyarle y ofrecerle consejos sobre cómo ellos han afrontado situaciones similares. Las fichas del terapeuta de grupo contienen discusiones acerca de cómo presentar los ejercicios para casa utilizando un formato de discusión en cadena.

Tarea para casa incompleta

Si los clientes llegan al grupo sin su tarea para casa o autorregistros, recomendamos que los terapeutas les pidan que la completen antes o al comienzo de la sesión de grupo. Por supuesto, esto requiere que los terapeutas comprueben que han completado las tareas antes de comenzar el grupo. Aunque esto pueda ser molesto, las alternativas (es decir, no tener completas las tareas o no saber los terapeutas si los miembros han completado las tareas) pueden disminuir la participación de los miembros.

Los terapeutas deben señalar la importancia del cumplimiento de las tareas desde el principio, porque si uno o más de los clientes no completa las tareas de forma reiterada, los demás podrían tener la impresión de que no es importante hacerlas. Sin embargo, como se indicó anteriormente, si los terapeutas explican la lógica e importancia de realizar la tarea para casa en la primera sesión, el cumplimiento normalmente no es un problema. Si un miembro del grupo no realiza las tareas de forma reiterada, los terapeutas deberían señalarlo de forma no crítica, sino como una mejora motivacional (por ejemplo, *«Parece que algunos compañeros están esforzándose para completar sus tareas para casa antes de la sesión de grupo. Sé que estás muy ocupado, pero me pregunto, ¿qué consejo le podéis dar los demás sobre cómo encajar las tareas en la*

programación de cada uno?»).

Utilizar discusiones en cadena con materiales de *feedback* personalizado

Los grupos ofrecen un rico foro para discutir los materiales de *feedback* personalizado. Utilizando discusiones en cadena, los miembros del grupo comentan los materiales de *feedback* personalizado que les ofrecimos en el grupo. También se les anima a hablar sobre sus reacciones ante los materiales. Como se muestra en la tabla 4.1, varios tipos de fichas de *feedback* motivacional forman parte de la intervención de ACD grupal. Las cuatro fichas del terapeuta de grupo contienen ejemplos de maneras en que los terapeutas pueden presentar el *feedback* en las sesiones de grupo. El ejemplo siguiente es una forma genérica de presentar el *feedback:*

> *«Hoy os daremos mucha información. El primer tipo de* feedback *se basa en la información que nos ofrecisteis en la sesión de evaluación y se relaciona con vuestro consumo en el pasado de alcohol o drogas. La razón por la que os damos* feedback *de vuestro* [introducir la conducta problema de riesgo aquí] *es ofreceros información que podáis utilizar para realizar elecciones más informadas sobre el cambio. Veamos todos los gráficos personalizados que os hemos preparado de vuestro* [introducir aquí la conducta problema de riesgo] *y contar al grupo lo que os llama la atención de estos resúmenes.»*

La motivación para el cambio aparece con frecuencia cuando las personas reconocen una discrepancia en su conducta problema de riesgo (es decir, una diferencia entre cómo actúan y cómo piensan que deberían actuar). El *feedback* personalizado es una manera de poner de manifiesto estas discrepancias. Como se discutió en el capítulo 2, es importante la forma en que se presenta el *feedback.* Cuando el *feedback* o la información se presenta de una manera neutra, no crítica, es más probable que sea recibido de forma positiva por los clientes que cuando se les recrimina sobre lo negativo de su conducta o se les dice lo que tienen que cambiar. El objetivo último de ofrecer *feedback* es que los clientes reconozcan que sus conductas problema de riesgo no están dentro de la norma y que, si continúan, pueden tener consecuencias más graves.

Utilizar las discusiones en cadena con un ejercicio de balance decisional

El ejercicio de balance decisional (ficha del cliente 3.1), diseñado para poner de manifiesto la ambivalencia sobre el cambio, pide a los clientes que consideren las cosas buenas y menos buenas de cambiar y no cambiar su consumo de alcohol o drogas (u otras conductas problema de riesgo). Este ejercicio se utiliza para ayudar a que los clientes reconozcan que existen recompensas asociadas a su consumo de sustancias, aunque estas recompensas son a corto plazo y podrían dar lugar a consecuencias negativas a largo plazo. La discusión tanto de las cosas buenas como de las menos buenas de una conducta también ayuda a que los clientes comprendan sus acciones, y les pone de manifiesto que si continúan la conducta se arriesgan a resultados sumamente

indeseables.

Como ya se trató en la primera ficha de los terapeutas de grupo (5.1), la discusión en cadena del ejercicio de balance decisional invita a que todos los miembros del grupo comenten sus respuestas y lo que han aprendido de este ejercicio. Esta discusión ofrece una oportunidad excelente para que los terapeutas identifiquen puntos en común entre los miembros y den pie a la discusión de grupo sobre la necesidad de tomar decisiones basadas en objetivos a largo plazo. El objetivo último de un ejercicio de balance decisional es ayudar a que los clientes reconozcan su ambivalencia sobre el cambio y dejarles que piensen en qué les llevaría a cambiar. Aunque aquí se enumeran varios temas de discusión, no tienen que abordarse todos los temas, sólo aquéllos relevantes a la marcha de la discusión del grupo.

POSIBLES TEMAS DE DISCUSIÓN PARA UTILIZAR EN EL EJERCICIO DE BALANCE DECISIONAL

- *«¿Qué sacasteis cada uno de vosotros de este ejercicio?»*
- *«¿Cómo ha afectado el ejercicio de balance decisional a vuestra forma de pensar en vuestra* **[introducir aquí la conducta problema de riesgo]***?»*
- *«¿Cuáles eran las cosas buenas y menos buenas de realizar este ejercicio?»*
- *«¿Qué te ha impactado más de este ejercicio?»*
- *«¿Qué te ha sorprendido más al realizar este ejercicio?»*

Utilizar las discusiones en cadena para apoyar la autoeficacia

Los terapeutas tienen que reconocer las pequeñas ganancias que los clientes realizan sesión a sesión. Se refuerzan mejor las ganancias cuando los miembros del grupo comentan los cambios positivos que otros compañeros han realizado. Si un miembro del grupo habla sobre los cambios y los demás no lo comentan, el terapeuta tiene que provocar comentarios de los demás diciendo algo como: *«Bill tomaba 30 copas por semana antes de venir al grupo, y ahora ha bajado a una o dos al día. ¿Qué piensa el grupo sobre lo que ha hecho?»*. El hecho de que otros miembros del grupo refuercen las ganancias de los demás es un buen ejemplo de cómo los miembros pueden servir como agentes de cambio.

Utilizar las discusiones en cadena para presentar afirmaciones

Una afirmación es una estrategia de entrevista motivacional que se utiliza para reconocer las fortalezas de los clientes, los éxitos y los esfuerzos por el cambio. Las afirmaciones pueden utilizarse con clientes individuales dentro del grupo y con el grupo en su conjunto. A continuación se presentan dos ejemplos de cómo utilizar las afirmaciones en un grupo:

«Todos habéis hecho un buen trabajo completando la tarea de balance decisional para esta semana. Ahora que ya hemos hablado de las cosas buenas y menos buenas del consumo de sustancias para cada uno, hagamos una ronda y veamos algo que a cada uno le llevaría a cambiar ahora.»

«Cuando Mary llegó dijo que no podría estar un solo día sin consumir cocaína. Como acabamos de escuchar, lleva sin consumir una semana. ¿Qué dice eso de ella?»

Utilizar discusiones en cadena para presentar reflejos y preguntas abiertas

Como en la terapia individual, los terapeutas de grupo pueden utilizar preguntas abiertas y reflexivas para animar a que los miembros participen en el grupo. Cuando los terapeutas utilizan preguntas abiertas, las respuestas de los miembros suelen ser más ricas o cuentan más de una historia (por ejemplo, *«¿Cómo piensa la gente sobre eso?»* o *«Cuando consumes cocaína, ¿para qué te sirve?»*). Las preguntas abiertas pueden realizarse sin que se dirijan a ningún miembro en particular, o pueden dirigirse a un determinado miembro si el terapeuta de grupo piensa que ese miembro puede ofrecer comentarios relevantes a otro miembro. Los siguientes son algunos ejemplos de preguntas reflexivas centradas en el grupo.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS ABIERTAS Y REFLEXIVAS PARA LAS DISCUSIONES DE GRUPO

- *«Esa parece una cuestión importante. ¿Alguien más puede relacionarse con lo que ha dicho Bill?»*
- *«¿Cómo se relaciona eso con la razón por la que cada uno de vosotros estáis aquí?»*
- *«¿Cómo habéis manejado los demás situaciones parecidas?»*
- *«Mary, parece que algunos de tus amigos te han presionado mucho para que bebas. ¿Cómo habéis afrontado los demás la presión social a beber?»*
- *«Mary, esa es una forma de ver cómo puede manejar Bill a su suegra. ¿Qué otras sugerencias puede dar el grupo a Bill?»*

En ocasiones, en especial cuando los terapeutas están preocupados por la poca participación de los miembros, las preguntas y los reflejos pueden dirigirse a un determinado miembro en lugar de al grupo completo. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: *«Esa parece una cuestión con la que muchos pueden relacionarse. ¿Y tú, Bill?»*. Otras veces, los terapeutas pueden reflejar algo que es importante para un determinado miembro, como: *«Bill, pareces indeciso sobre si quieres cambiar»*. Pueden también analizar más un tema, diciendo: *«Mary, ¿puedes contarle al grupo lo que te llevó a la decisión de dejar tu trabajo?»*.

Reflejos acertados son la esencia del trabajo grupal

En la entrevista motivacional, los reflejos son la principal forma de responder a los clientes, porque validan la comprensión por parte de los terapeutas de las conductas de los clientes y construyen la empatía. Cuando los terapeutas reconocen que un miembro

ha dicho algo significativo en el grupo, es importante que el grupo (más que los terapeutas) se centre en lo que ha ocurrido. Por ejemplo, el terapeuta puede decir: *«Dediquemos algún tiempo a pensar en lo que Mary acaba de decir»*. De esta forma, los miembros tienen la responsabilidad de interpretar y reflejar el comentario del cliente.

Los terapeutas de grupo como asesores del proceso

Los terapeutas de grupo tienen el único papel de actuar como asesores del proceso. A este respecto, sus responsabilidades incluyen atraer la atención del grupo hacia lo que es importante y señalar las conductas adecuadas al resto del grupo. Los siguientes son algunos ejemplos de reflejos que los terapeutas de grupo pueden utilizar para estos propósitos (véase el capítulo 2 para más ejemplos de cómo utilizar los reflejos).

Los terapeutas tienen que reflejar las respuestas de los miembros que son más relevantes en relación con la conducta objetivo, y tienen que hacerlo de forma que promueva el intercambio de conversaciones entre los miembros. Las frases-resumen, que son una forma de reflejo, pueden utilizarse para: 1) revisar y señalar información relevante dada por el grupo; 2) relacionar una respuesta de un miembro con un comentario anterior de otro miembro, y 3) pasar la discusión del grupo de un tema a otro.

EJEMPLOS DE CÓMO UTILIZAR LOS REFLEJOS EN LAS DISCUSIONES DE GRUPO

- *«Mary acaba de compartir algunos sentimientos fuertes con el grupo. Hagamos una ronda y veamos qué pensáis los demás sobre* **[introducir el tema relacionado con la discusión].***»*
- *«Parece que la mayor parte de los miembros está diciendo que compaginar la carrera profesional con criar a los hijos es muy estresante. Hagamos una ronda y los que tengáis esta experiencia contad cómo lo habéis manejado y señalad algunas de las principales dificultades.»*
- *«Lo que Bill ha planteado parece una cuestión importante. ¿Cómo habéis manejado los demás situaciones parecidas?».*

Utilizar las discusiones en cadena para dar un giro a la resistencia

Manejar clientes difíciles o resistentes es normalmente más fácil en terapia individual que en un contexto grupal. En los grupos, el problema puede exacerbarse si los terapeutas intentan manejar la resistencia de un cliente de forma individual dentro del grupo. A continuación figuran sugerencias para manejar estas situaciones. La cohesión del grupo puede verse dañada también si los miembros con personalidades fuertes monopolizan el grupo o influyen en otros miembros, desanimándoles a hablar. En el capítulo 8 se abordan formas determinadas de manejar la monopolización o los clientes locuaces. Pueden evitarse algunas interrupciones hablando sobre la conducta aceptable del grupo (por ejemplo, no hablar cuando otros miembros lo están haciendo o no elevar

la voz) en la primera sesión.

Manejar la resistencia

Los terapeutas deberían evitar enfrentarse a los miembros en el grupo. Por ejemplo, cuando un miembro del grupo está enfadado, los terapeutas deberían introducir a los otros miembros en la conversación y preguntar cómo habrían abordado estos sentimientos (por ejemplo, *«Mary, parece que piensas que no tuviste otra elección que venir aquí y estás enfadada. Si no recuerdo mal, otros miembros del grupo han tenido experiencias parecidas. ¿Alguien puede compartir con Mary cómo han afrontado estas situaciones?»*). Al final, los terapeutas del grupo tienen que resumir lo que ha ocurrido en el grupo (por ejemplo, *«Mary, aunque preferirías no estar en el grupo hoy, parece que la alternativa era ir a prisión. Creo que lo que el grupo está tratando de hacerte pensar es ¿qué alternativa parece mejor para ti ahora?»*).

Cuando se enfrentan con miembros del grupo resistentes, es importante que los terapeutas recuerden dos cosas: 1) «que piense el grupo» (Dies, 1994, p. 86) y devolver las preguntas y los comentarios al grupo (es decir, introducir a los miembros del grupo y preguntarles cómo manejarían los demás estas situaciones y sentimientos); y 2) los terapeutas de grupo no deberían interpretar ningún comentario de los miembros del grupo como un ataque personal. La respuesta del terapeuta (por ejemplo, devolviéndolo al grupo) debería estar en relación con el papel del terapeuta, y no en un papel personal.

PREPARAR A LOS MIEMBROS POTENCIALES DEL GRUPO DURANTE LA EVALUACION

Antes de la primera sesión de grupo, los miembros potenciales del grupo asisten a una sesión de evaluación individual con un terapeuta, siendo preferible que sea uno de los terapeutas del grupo. Los procedimientos de la evaluación ya se han presentado detalladamente en el capítulo 3, pero al final de la evaluación deberían utilizarse los siguientes procedimientos con los miembros potenciales del grupo. Se debería entregar a todos ellos la hoja «Introducción a los grupos» (ficha del cliente 5.1). Facilitar a los clientes esta hoja no sólo es un componente esencial de la preparación del grupo, sino que también ofrece una oportunidad para hablar sobre el valor del grupo y tratar cualquier preocupación que puedan tener acerca de la terapia de grupo.

ASPECTOS A MENCIONAR A LOS MIEMBROS POTENCIALES DEL GRUPO EN LA EVALUACIÓN

- *«Tenemos una hoja sobre la terapia de grupo que señala algunas preocupaciones que la gente tiene sobre los grupos.»*
- *«Muchos estudios han constatado que el tratamiento en grupo funciona tan bien como el individual.»*

- *«El grupo ofrece la oportunidad de realizar cosas que no se pueden hacer en una terapia individual, como compartir experiencias con otros miembros y aprender cómo los demás han afrontado problemas parecidos. Los miembros del grupo también reciben el apoyo de otros que afrontan problemas parecidos, permitiendo a su vez que se den cuenta de que no son los únicos que intentan cambiar.»*
- *«Por último, y esto es muy importante, lo que los miembros comparten en los grupos es confidencial:* **¡lo que se dice en el grupo se queda en el grupo!»**

LA TERAPIA DE GRUPO PUEDE VERSE LIMITADA POR FACTORES CULTURALES O DE OTRO TIPO

Aunque los grupos pueden ser una manera muy eficiente de ofrecer servicios clínicos, en algunas situaciones la aplicabilidad de la terapia de grupo se ve limitada por factores culturales o de otro tipo. Un caso concreto es el estudio hermano al estudio GRIN que llevamos a cabo en la Ciudad de México, utilizando materiales traducidos al español. En ese estudio la gran mayoría de los clientes eran varones (Ayala et al., 1997, 1998). Aunque se replicó la condición de terapia individual, no se pudo replicar la condición de terapia de grupo. De hecho, no se pudo llevar a cabo ningún grupo de terapia. De acuerdo a los investigadores, esto ocurrió porque casi todos los clientes potenciales eran varones, y no querían participar en un tratamiento en el que tuvieran que hablar sobre sus problemas de consumo de sustancias delante de los demás (lo que entraría en conflicto con la cultura *machista*). De esta forma, aunque el tratamiento en grupo es efectivo en coste, en México los aspectos culturales impiden la implementación de la intervención con clientes varones hispano/latinos.

RESUMEN

Las cuatro fichas, 5.1-5.4, para los terapeutas de grupo que aparecen al final de este capítulo se han diseñado específicamente para ayudar a los terapeutas a integrar las estrategias y técnicas cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional en la terapia de grupo, utilizando sobre todo discusiones en cadena. Estas cuatro fichas del terapeuta se adaptaron del protocolo del estudio GRIN (véase Sobell y Sobell, 2009). Los lectores también encontrarán útil volver al capítulo 4, que describe ampliamente los componentes del tratamiento de ACD.

Esperamos que este capítulo, sumado a la descripción del modelo de tratamiento, describa e ilustre la adaptación al grupo del ACD con el suficiente detalle como para que los terapeutas puedan integrar con éxito un enfoque de entrevista motivacional y las técnicas cognitivo-conductuales para conseguir un grupo de terapia con cohesión. Los siguientes capítulos profundizan más en cómo dirigir grupos de forma efectiva y cómo afrontar los problemas que puedan aparecer al dirigir la terapia de grupo.

OBJETIVOS, PROCEDIMIENTOS, FICHAS DEL CLIENTE, PLANIFICACIÓN ANTES DEL GRUPO Y EJEMPLOS DE DISCUSIONES EN CADENA

Sesión de grupo 1

FICHA T 5.1

INTRODUCCIÓN[30]

Cada una de las fichas del terapeuta pretende ayudar a los terapeutas del grupo a integrar las estrategias y técnicas cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional en un formato de tratamiento grupal. En cada sesión, los terapeutas deberían buscar y reconocer puntos en común entre los miembros y fomentar que los miembros apoyen los cambios de los demás.

Si los terapeutas quieren guardar copias de los ejercicios para casa y autorregistros de los miembros del grupo, deberían desarrollar un procedimiento que les permita copiar la información antes o después de la sesión de grupo, pues los miembros necesitarán las hojas durante la sesión de grupo.

Para cada discusión en cadena se sugiere un listado de preguntas y temas. Aunque se ofrecen varios temas y preguntas, los terapeutas no tienen que realizar todas las preguntas ni abordar todos los temas, sino que deberían seleccionarse en la medida en que se relacionen con lo que está ocurriendo en el grupo.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Revisar y discutir las valoraciones de objetivos de los miembros; ofrecer pautas o información sobre las contraindicaciones si fuera necesario.
- Revisar los autorregistros de los miembros con respecto a sus objetivos.
- Ofrecer a los miembros *feedback* personalizado basado en las medidas de evaluación.
- Valorar y discutir la motivación de los miembros para el cambio.
- Dar la tarea para casa y las instrucciones para la sesión 2.

PROCEDIMIENTOS DE LA SESIÓN

- Introducir la sesión y resolver cualquier pregunta que quede sobre la evaluación.
- Revisar y discutir los autorregistros que los miembros completaron; copiar o registrar los datos.
- Ofrecer a los miembros *feedback* personalizado de los cuestionarios de evaluación y discutirlo.
- Revisar y discutir las valoraciones de objetivos completadas por los miembros.
- Revisar y discutir las respuestas a la tarea de balance decisional completada por los miembros.

- Hacer a los miembros la pregunta de los cinco millones de dólares, afirmando que el cambio es una «elección» que todos debemos tomar.
- Fin de la sesión: ¿Qué destacarían de la sesión de hoy? Recordar a los miembros que hagan la tarea para casa.

FICHAS DEL CLIENTE

- Lectura: Identificar precipitantes (ficha del cliente 4.5).
- Ejercicio: Identificar precipitantes (ficha del cliente 4.6).
- Copias de la ficha del cliente 5.1 para los miembros del grupo cuando hablen sobre las reglas del grupo.

PLANIFICACIÓN PREVIA A LA SESIÓN DE GRUPO

La planificación previa a la sesión de grupo es fundamental por varias razones: *a*) la retención de los miembros del grupo contribuye a la satisfacción de los miembros, construye cohesión grupal y da lugar a resultados positivos del grupo; *b*) aunque la planificación previa a la sesión de grupo lleva sólo de 15 a 20 minutos, es importante realizarla antes de cada sesión de grupo; *c*) la planificación previa para la primera sesión es más extensa y puede llevar un tiempo ligeramente mayor que para otras sesiones. Incluye lo siguiente.

- Revisar la información de la evaluación de todos los miembros.
- Conocer algo de cada miembro del grupo antes de comenzar, incluyendo sus nombres.
  - — Utilizar fichas de 3" × 5" para realizar anotaciones de cada miembro (por ejemplo: edad, nombre, estado civil, tipo de problema, duración y consecuencias, problemas médicos y motivo de consulta).
  - — Dibujar en una hoja distinta un diagrama circular del grupo y anotar los nombres de cada miembro tal y como se sientan en la primera sesión; esto te permite saber dónde se sienta cada uno y llamarle por su nombre.
- Colocar las sillas en círculo para el número de miembros que se esperan y para los dos terapeutas; para una mejor comunicación, las sillas de los terapeutas deberían situarse de modo opuesto (para reservar estas sillas se colocará una carpeta u otros materiales en ellas por adelantado).
- Tener disponible la nueva tarea para los miembros (fichas del cliente 4.5 y 4.6).
- Antes de las sesión preparar y señalar los aspectos clave para cada miembro del grupo en la «Ficha de *feedback* personalizado: ¿Dónde se sitúa tu consumo de alcohol?» (ficha del cliente 4.1) o «¿Dónde se sitúa tu consumo de drogas?» (ficha del cliente 4.2).

  Nota para los terapeutas: Para preparar estas hojas, utilizar la información recogida

de la LBR y de otras medidas que se administraron en la evaluación y que se comentaron en el capítulo 4 (ir a *http://www.nova.edu/gsc/online_files.html* para ver las medidas y los formularios).

- Los terapeutas también tienen que decidir quién dirigirá cada tema de discusión en esta sesión (por ejemplo, introducción, autorregistro, tarea para casa o finalizar el grupo).

PRIMERA DISCUSIÓN EN CADENA

- Introducir a los terapeutas y dar la bienvenida a los miembros del grupo.
- Los miembros se presentan.
- Para comenzar, uno de los terapeutas puede decir: *«¿Por qué no comenzamos dedicando unos minutos a hablar sobre los beneficios de la terapia de grupo y qué son los grupos?»*.
- Además de presentar información básica sobre el grupo, los terapeutas pueden decir también: *«Otra cuestión en la que es importante pensar es que cada miembro del grupo es un agente de cambio, y que el objetivo es aprender de cada uno y apoyar el cambio. Otra forma de pensar en esto es que las soluciones vienen de los miembros del grupo, no de los terapeutas»*.
- Después de esta discusión inicial, los terapeutas pueden decir: *«Ahora que hemos revisado los beneficios del grupo y lo que se espera de los miembros del grupo, ¿qué otras preocupaciones tienen los miembros del grupo?»*.
- Después de repasar los aspectos básicos, el terapeuta puede empezar diciendo: *«Hagamos una ronda y que cada miembro nos cuente lo que espera conseguir del grupo»*.

Normalizar los sentimientos de los miembros sobre los grupos diciendo: *«Aunque es natural que los miembros al principio se sientan incómodos en los grupos, los grupos dan a los miembros la oportunidad de aprender de otros con problemas parecidos. Es beneficioso que los miembros se ofrezcan unos a otros consejos* y *feedback»*.

Ampliar el foco de la discusión: Los terapeutas pueden facilitar que los miembros hablen en los grupos con preguntas generales como: *«Hagamos una ronda y que cada uno nos cuente* [**introducir una de las siguientes preguntas aquí; realizar una sola pregunta a la vez**].*»*

- *«¿Qué os trajo a cada uno de vosotros a tratamiento?»*
- *«Decidnos en dos o tres palabras aquello que os describa mejor»*. A continuación se preguntará: *«Ahora, pensando en esas palabras, ¿cómo se relacionan con el hecho de que estéis aquí?»*.

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Reglas del grupo

Como el objetivo de las reglas del grupo es moldear de forma adecuada los comportamientos del grupo, promover normas positivas y reducir la ansiedad de los clientes, una de las discusiones más importantes que los terapeutas pueden llevar a cabo con los miembros del grupo al comienzo de la primera sesión se relaciona con las reglas del grupo. La tabla 5.3 enumera las reglas del grupo que se proponen generalmente y su lógica. Aunque cada miembro del grupo debería haber recibido una hoja que describa el grupo (ficha del cliente 5.1) en su evaluación, se debería entregar a cada uno otra copia de esta hoja en la primera sesión.

Se tiene que revisar cada regla de la tabla 5.3: mantener la confidencialidad, no tener relaciones fuera del grupo, asistir al grupo con puntualidad y avisar por teléfono si no se puede asistir un día, no consumir alcohol ni drogas ilegales antes de asistir a la sesión de grupo, no hablar sobre miembros del grupo que no están presentes, realizar las tareas para casa y traerlas al grupo, participar de forma regular y llevar a cabo conductas adecuadas en el grupo (es decir, no gritar, no blasfemar, no utilizar el teléfono móvil durante las sesiones de grupo o no hablar por encima de otro).

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Programa de tratamiento del grupo

Foco de la discusión: Breve repaso del programa de tratamiento de ACD mencionando lo siguiente:

- Se realizarán cuatro sesiones de grupo de 120 minutos, normalmente con un número de miembros de 6 a 10.
- Se asignarán ejercicios para casa y lecturas.
- Los miembros participarán en los autorregistros y en la fijación de objetivos sobre el consumo de alcohol o drogas.
- Los miembros del grupo aprenderán un enfoque general de solución de problemas que les ayudará a dirigir su propio cambio y les motivará a asumir la responsabilidad de su propio cambio.
- Uno de los terapeutas llamará por teléfono a cada miembro del grupo un mes más tarde después de la última sesión para comprobar cómo lo está haciendo cada uno y si necesitan más servicios adicionales.

TABLA 5.3
Reglas del grupo y su lógica

Confidencialidad. Las discusiones del grupo son confidenciales: *¡Lo que se dice en el grupo se queda en el grupo!*	
	Lógica: La confidencialidad es una condición *sine qua non*; sin ella, es improbable que los miembros compartan algo o incluso que vengan al grupo.

No relacionarse fuera de las sesiones de grupo. Aunque se darán algunas interacciones fuera del grupo (por ejemplo, conversaciones en la sala de espera, yendo a casa en transporte público), es mejor evitar que los clientes tengan relaciones con los demás miembros mientras están en el grupo.

Lógica: Tener relaciones fuera de la sesión puede perjudicar su tratamiento, al difuminarse los límites. Incluso si van a tomar un café después de la sesión, pueden formar una relación con algunos que otros no tienen, y cuanto mayor sea la relación más probable es que interfiera con las interacciones en el grupo.

Asistir a las sesiones con puntualidad. Se espera que la asistencia al grupo sea una prioridad para los miembros y que asistan a todas las sesiones, lleguen a tiempo y permanezcan toda la sesión, a menos que tengan una emergencia. Se espera que los miembros que no puedan venir a una sesión avisen por teléfono por adelantado.

Lógica: La asistencia es importante, pues cada encuentro se basa en la sesión anterior y las sesiones de grupo no pueden recuperarse.

No consumir alcohol ni drogas ilegales antes de la sesión de grupo.

Lógica: Venir a la sesión de grupo bajo los efectos del consumo de alcohol o drogas dificulta las interacciones del grupo y hace que se tienda a centrar la atención en el miembro intoxicado más que en el grupo en su conjunto.

No hablar de miembros del grupo que no están presentes.

Lógica: Los miembros que ya no van a estar más en el grupo o que no pueden asistir a una sesión no pueden hablar por sí mismos. Las conversaciones sobre miembros ausentes pueden debilitar la confianza en el grupo.

Realizar las tareas para casa y traerlas al grupo.

Lógica: Como las tareas realizadas se discuten en el grupo, es perturbador que algunos miembros no realicen sus tareas. Para fomentar su cumplimiento, los terapeutas tienen que ofrecer a los miembros una explicación de la lógica y la importancia de realizar las tareas (véanse capítulos 5 y 6).

Todos los miembros tienen que participar en todas las sesiones de grupo.

Lógica: Es importante para los miembros participar de forma activa en el grupo (es decir, compartir sus problemas y sentimientos con los demás). La participación es muy importante, al ver a cada miembro como un agente de cambio, ayudando a los demás, apoyándoles y ofreciéndoles *feedback.*

Mostrar comportamientos adecuados en las sesiones de grupo. 1) Respetar los turnos de palabra y no hablar por encima de otro; 2) respetar los derechos de los demás a expresar su opinión; 3) los teléfonos móviles deben estar apagados durante la sesión de grupo; 4) no es adecuado blasfemar y gritar; las emociones fuertes tienen que comunicarse de manera que no resulte molesta y que ayude a los otros miembros.

Lógica: Los miembros deberían ser respetuosos entre ellos y con los terapeutas. Los estallidos individuales o las interrupciones desvían el foco del proceso grupal.

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Revisión de los autorregistros realizados sobre el consumo de alcohol o drogas desde la entrevista de evaluación (Alcohol: ficha del cliente 3.2; Drogas: ficha del cliente 3.3)

Foco de la discusión

- La discusión puede comenzar cuando el terapeuta dice: *«Revisemos los autorregistros*

y veamos el consumo de alcohol y drogas de todos durante esta última semana». Continuar pidiendo a algún miembro que comience a hablar: «[**introducir el nombre del cliente**], *danos una visión general de cuál ha sido tu consumo de alcohol o drogas esta última semana?»*.

- **Nota para los terapeutas:** a menos que sean relevantes, evitar detalles concretos del consumo de alcohol o drogas de un cliente (es decir, no dejar que hagan una descripción día por día, ya que esto lleva mucho tiempo y normalmente no aporta información relevante).
- Si han sucedido cambios importantes o si un miembro ha afrontado una situación difícil sin consumir, los terapeutas pueden preguntar al grupo qué piensa sobre el cambio de este miembro.

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Valoraciones de objetivos (Abstinencia: ficha del cliente 3.4; Elección de objetivo: ficha del cliente 3.5

Nota para los terapeutas: cuando los grupos tienen miembros tanto con objetivos de abstinencia como de bebida controlada de bajo riesgo, los terapeutas pueden comenzar diciendo: *«Vamos a revisar la ficha de objetivo de cada miembro y queremos que comentéis libremente los objetivos de cada uno y hasta qué punto son realistas»*.

Discusión de abstinencia

- Utilizando un enfoque de entrevista motivacional, pedir a los miembros del grupo que hablen sobre las razones para no consumir alcohol y drogas.
- Los miembros del grupo deberían ofrecer razones de peso para mantenerse abstinentes (por ejemplo, relacionadas con por qué sería arriesgado consumir sustancias).
- La motivación para la abstinencia debería ser: *«He elegido no consumir alcohol o drogas porque es la mejor forma de que evite futuros problemas»,* en lugar de atribuciones de rasgo (es decir, las razones no deberían ser declaraciones como *«Porque tengo una enfermedad»* o *«Porque no tengo fuerza de voluntad»*).

Marcar la abstinencia como objetivo, aunque es difícil, permite hablar de cómo conseguir el cambio, mientras que una declaración de incapacidad para cambiar puede convertirse en una profecía autocumplida.

Discusión de la elección del objetivo

- En esta discusión los terapeutas deberían comenzar explicando que las personas con contraindicaciones para beber alcohol no deberían beber nada de alcohol y

describiendo las pautas recomendadas para aquellos que no tienen contraindicaciones y eligen un objetivo de bajo riesgo. A cualquier miembro que haya elegido un objetivo de bebida de bajo riesgo y tenga contraindicaciones para beber alcohol, los terapeutas le pueden indicar que puede que no haya sido consciente de la contraindicación, pero que ahora debería tenerlo en cuenta.

- Preguntar a los miembros del grupo que han seleccionado un objetivo de bebida de bajo riesgo y que no tienen contraindicaciones: *«¿Has sido anteriormente capaz de beber a bajos niveles y sin problemas?»*.
- Se puede también preguntar a los miembros del grupo bajo qué condiciones tendría riesgo la bebida de bajo riesgo. Podría facilitarse esta discusión ofreciendo a los miembros que están considerando un objetivo de bebida controlada de bajo riesgo unas pautas impresas que señalen los riesgos para que puedan discutirse.

Nota para los terapeutas: si un miembro del grupo sobrepasa las pautas recomendadas, o si la persona quiere una bebida de bajo riesgo pero tiene contraindicaciones para el consumo de alcohol, los terapeutas deberían conseguir que otros miembros del grupo comentaran los riesgos que podría tener. Para conseguir que otros miembros hagan comentarios sobre aquellos cuyos objetivos sobrepasan las pautas, se puede preguntar: *«Como hemos estado escuchando a todos describir su valoración de objetivo, tenemos que recordar que los límites recomendados de bebida de bajo riesgo son muy bajos. ¿Qué consejo podéis daros los miembros del grupo sobre hasta qué punto son realistas los objetivos de los otros miembros?»*.

Temas adicionales de valoración de objetivo: con respecto a los objetivos de consumo de alcohol o drogas de los miembros, los terapeutas pueden utilizar las siguientes preguntas para conseguir que los miembros del grupo hablen sobre sus objetivos.

- *«¿Hasta qué punto es realista tu objetivo?»*
- *«¿Qué obstáculos, estás teniendo, si tienes alguno, para conseguir tu objetivo?»*
- En el caso de los clientes que han realizado cambios significativos en su consumo de alcohol o drogas, puedes preguntar: *«Hiciste cambios muy importantes en tu consumo de alcohol o drogas. ¿Cómo fuiste capaz de hacerlo y cómo te sientes con los cambios?»*

Valoraciones de objetivos de los miembros relacionadas con su confianza en conseguir sus objetivos y la importancia de éstos

- Los terapeutas pueden abrir la discusión diciendo: *«Ahora que ya hemos comentado el objetivo de todos, veamos la segunda parte de la valoración del objetivo, en la que a todos se os ha pedido que valoréis la importancia y confianza en conseguir el objetivo. Para empezar, veamos qué habéis puesto sobre la importancia del objetivo*

y por qué elegisteis esa valoración».

- Durante esta discusión, los terapeutas deberían buscar puntos en común. Algunos miembros no creerán que conseguir el objetivo sea lo más importante de sus vidas, sino que pensarán que otras cosas son más importantes (por ejemplo, la salud o el trabajo). La idea de esta discusión es fomentar que los miembros hablen de la importancia de cambiar.
- Después de la discusión sobre la importancia, los terapeutas pueden continuar preguntando hasta qué punto tienen confianza en conseguir sus objetivos, diciendo: *«De acuerdo, ahora hagamos lo mismo con las valoraciones de confianza de todos»*.
- Preguntar a los miembros del grupo: *«¿Qué número pusisteis para "hasta qué punto confías ahora en llegar a tu objetivo", y por qué?»*. Puede continuarse con: *«¿Qué tendría que ocurrir para que tu objetivo fuera de un* **[introducir el actual #]** *a un* **[más alto #]***?»*.

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Discusión de las fichas de *feedback* personalizado (es decir, Resúmenes del consumo de alcohol antes del tratamiento, ficha del cliente 4.2; Consumo de drogas, ficha del cliente 4.3)

Nota para los terapeutas: Se debería preparar por adelantado el resumen de *feedback* personalizado de cada miembro y marcar (por ejemplo, con rotulador amarillo) en la hoja que se les entregará durante la discusión los aspectos del consumo de alcohol o drogas a los que se quiere que los miembros presten atención.

Foco de la discusión: El aspecto fundamental del *feedback* es comparar el consumo de alcohol o drogas de los miembros con los datos normativos del consumo de sustancias. Una vez que los miembros hayan comentado su *feedback* personalizado se les compromete en una discusión sobre su consumo actual de sustancias y su riesgo, en lugar de que los terapeutas les den esta información. Se trata de que los terapeutas generen discusión para que los miembros comprendan que su consumo actual de alcohol o drogas no se ajusta a la norma y que, si continúan, este consumo tendrá riesgos a largo plazo (es decir, consecuencias negativas).

***Feedback* basado en la línea base retrospectiva completada en la evaluación (Consumo de alcohol: ficha del cliente 4.1; Consumo de drogas: ficha del cliente 4.2)**

Empezar entregando a los miembros del grupo los resúmenes de *feedback* personalizado.

- *«Si recordáis, os hicimos a cada uno muchas preguntas sobre vuestro consumo de*

alcohol y drogas en la evaluación, y una de las cosas que hicisteis es rellenar un calendario que describía vuestro consumo de alcohol o drogas antes de entrar en tratamiento. Hoy os ofreceremos a todos feedback *sobre vuestro consumo de alcohol o drogas y así podáis utilizar esta información para tomar decisiones más informadas sobre el cambio de vuestro consumo de alcohol o drogas. Echemos un vistazo a los gráficos de pastel y digamos al grupo qué nos llama la atención de estos resúmenes.»*

- En el caso de los clientes consumidores de alcohol, no es inusual que se sorprendan de la gravedad de su consumo en comparación con la población general, especialmente si muchos de sus amigos beben de forma excesiva. De forma parecida, los clientes consumidores de droga también se sorprenden de las pocas personas (por ejemplo, ≤ 1 por 100) que consumen drogas ilegales como heroína y cocaína durante el año anterior.

Feedback **basado en el AUDIT (ficha del cliente 4.1) y DAST-10 (ficha del cliente 4.2)**

- *«En la entrevista de evaluación, también os preguntamos sobre las consecuencias que podríais tener por vuestro consumo de alcohol o drogas durante el último año. Vuestras respuestas dan una puntuación que refleja la gravedad del consumo de alcohol (AUDIT) o drogas (DAST-10). Está en la última página del resumen del* feedback. *Veamos estos gráficos y vuestras puntuaciones y contad al grupo qué os llama la atención de este* feedback.*»*
- En el caso de los miembros que se sorprenden, los terapeutas pueden decir: *«Algunos parecéis sorprendidos por el* feedback. *¿Qué os sorprende?»*.

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Ejercicio de balance decisional (ficha del cliente 3.1)

Foco de la discusión: Este ejercicio, un instrumento motivacional diseñado para ayudar a los pacientes a comprender su ambivalencia y por qué podría resultar difícil cambiar, implica una discusión de los informes de los miembros del grupo sobre las cosas buenas y menos buenas del cambio de su consumo de alcohol o drogas. Enumerar los costes y beneficios a corto y a largo plazo en algún lugar les puede ayudar a justificar y fortalecer su decisión de cambio. A través de esta discusión se invita a los miembros del grupo a comentar sus percepciones de las declaraciones de otros miembros sobre las cosas buenas y menos buenas relativas al consumo de alcohol y drogas y lo que les llevaría a cambiar. Los posibles temas para la discusión del grupo son:

- *«¿Qué conclusión sacasteis cada uno de vosotros de este ejercicio?»*

- *«¿Cómo afectó la utilización del ejercicio de balance decisional a vuestra forma de pensar en el consumo de alcohol o drogas?»*
- *«¿Qué cosas buenas y menos buenas no reconocías antes de hacer este ejercicio?»*
- *«¿Qué te sorprendió más al hacer este ejercicio?»*

Nota para los terapeutas: La discusión de los miembros sobre sus ejercicios de balance decisional debería incluir alguna mención a los siguientes aspectos:

- Lo que reconocieron sobre sus razones para beber o consumir drogas (es decir, las cosas buenas del consumo).
- Obstáculos potenciales para el cambio.

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: La pregunta de los cinco millones de dólares (ficha del cliente 3.1)

Foco de la discusión: Después de discutir los ejercicios de balance decisional de los miembros, preguntar al grupo: *«¿Y si os ofrecieran a cada uno cinco millones de dólares por no consumir alcohol o drogas durante sólo un día? ¿Qué haríais?»*.

Nota para los terapeutas: La pregunta de los cinco millones de dólares se utiliza para mostrar a los miembros que por un precio cambiarían su conducta. El punto fundamental de este ejercicio es que, aunque cambiar puede ser difícil, es una elección que las personas pueden hacer. Este punto puede abordarse después de que los miembros indiquen por qué cambiarían.

Recuerda invitar a que los miembros del grupo comenten las respuestas de los demás a la pregunta de los cinco millones de dólares. Para abordar el punto de que es posible el cambio, los terapeutas pueden decir: *«Puesto que no tenemos cinco millones de dólares, ¿cuál sería vuestro precio personal para cambiar vuestro consumo de alcohol o drogas?»* o *«¿Qué os llevaría a cada uno de vosotros a inclinar la balanza a favor del cambio?»*.

Tareas para casa para la sesión 2: lectura identificar precipitantes (ficha del cliente 4.5) y ejercicio (ficha del cliente 4.6)

- Entregar a cada miembro del grupo la lectura y el ejercicio *Identificar precipitantes.*
- Decir a los miembros del grupo: *«Esta es una lectura breve y un ejercicio para casa que tenéis que realizar para nuestro próximo encuentro. Este ejercicio pretende ayudaros a identificar vuestras situaciones de alto riesgo para el consumo de alcohol o drogas y las consecuencias del consumo. Normalmente, las razones para consumir son consecuencias a corto plazo. Lo que os pedimos que hagáis está explicado en la hoja. El hecho de que realicéis esta tarea y la traigáis a la próxima sesión de grupo ofrece la oportunidad de poder hablar más de estas situaciones de alto riesgo y analizar por qué son un problema para vosotros. Una próxima tarea os ayudará a*

desarrollar formas de afrontar esas situaciones no consumiendo alcohol o drogas, sino haciendo otras cosas.»

- *«La lectura os ayudará a comprender cómo realizar la tarea y además os ayudará a que consideréis tomar una perspectiva a largo plazo para cambiar vuestro consumo de alcohol o drogas. La lectura y el ejercicio son fáciles de realizar y os llevarán aproximadamente 10 minutos.»*
- Finalmente, decir a los miembros del grupo que la semana siguiente seleccionaréis una de sus dos situaciones de alto riesgo de ejercicio para discutirlas más a fondo.

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Final de la sesión 1, cierre y qué destacarían

Dejar que cada miembro del grupo y los terapeutas comenten su experiencia en el grupo y qué destacarían sobre la sesión de grupo.

Foco de la discusión: Decir a los miembros que ésta y todas las siguientes sesiones de grupo terminarán pidiendo a cada miembro que comente algo que resaltarían del grupo. Como los terapeutas son parte del grupo, ellos también resumen, pero lo hacen al final. Los comentarios de los terapeutas se dirigen a reforzar las conductas que observaron en el grupo, o cómo miembros del grupo discutieron y trataron ciertos aspectos. Empezar los dos siguientes cierres pidiendo algún voluntario. Si nadie habla, pedir a un miembro que comience.

¿Cómo fue el grupo?: *«Ahora que hemos terminado la primera sesión de grupo, nos gustaría hacer una ronda preguntando a cada uno cómo os sentisteis hoy en el grupo, concretamente en relación a lo que esperabais».*

¿Qué destacó?: Que cada miembro del grupo y los terapeutas comenten algo que destacarían del grupo. *«Hemos hablado de muchas cosas en la sesión de grupo de hoy. Di una cosa que destacarías».*

Recuerda a los miembros del grupo: 1) asistir a todas las sesiones de grupo; 2) avisar por teléfono si no pueden asistir a una sesión; 3) continuar realizando los autorregistros y traerlos junto con el ejercicio para casa a la siguiente sesión, y 4) que uno de los terapeutas les llamará el día anterior a la sesión para recordarles la siguiente sesión de grupo.

DISCUSIÓN DESPUÉS DE LA SESIÓN DE GRUPO

- La discusión tras el grupo lleva normalmente 5-10 minutos.
- Discutir lo que sucedió en el grupo, tanto las cosas buenas como las menos buenas.
- Los terapeutas deberían hacer anotaciones sobre lo que quieren resaltar en la siguiente sesión y sobre cualquier cosa importante de los miembros del grupo.
- Antes de la siguiente sesión, preparar para cada miembro una ficha del cliente 4.7:

Perfil BSCQ de situaciones de alto riesgo para el consumo de alcohol o drogas.

NOTAS

30 De *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach* de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

OBJETIVOS, PROCEDIMIENTOS, FICHAS DEL CLIENTE, PLANIFICACIÓN ANTES DEL GRUPO Y EJEMPLOS DE DISCUSIONES EN CADENA

Sesión de grupo 2

FICHA T 5.2

OBJETIVOS DE LA SESIÓN[31]

- Revisar la evolución de los miembros.
- Identificar situaciones de alto riesgo para los miembros basándose en la tarea para casa y el BSCQ.
- Asignar tarea para casa y dar instrucciones para la sesión 3.

PROCEDIMIENTOS DE LA SESIÓN

- Introducir la sesión.
- Revisar y discutir los autorregistros realizados por los miembros; copiar y registrar los datos.
- Revisar y discutir las respuestas de los miembros a la tarea para casa *Identificar precipitantes*.
- Ofrecer a los miembros *feedback* de los perfiles BSCQ y discutir su relación con las respuestas a la tarea *Identificar precipitantes.*
- Que los miembros completen la escala *Dónde estás ahora* (ficha del cliente 3.6) y compararla con sus respuestas en la evaluación.
- Final de la sesión: preguntar qué destacarían de la sesión y recordar a los miembros que realicen su tarea para casa.

FICHAS DEL CLIENTE

- Ejercicio: Desarrollar alternativas y planes de acción (ficha del cliente 4.8).
- Tener preparada para los miembros del grupo la escala *Dónde estás ahora* para que comprueben dónde están en esta sesión.

PLANIFICACIÓN ANTES DE LA SESIÓN DE GRUPO

- Los terapeutas revisan lo que sucedió en la última sesión de grupo.
- Los terapeutas deciden quién dirigirá cada tema de discusión (por ejemplo, autorregistro, tarea para casa).
- Preparar y tener los perfiles BSCQ de *feedback* personalizado de los miembros basados en la entrevista de evaluación.
- Tener nuevas tareas para casa para los miembros (ficha del cliente 4.8).

- Que los miembros del grupo completen la escala *Dónde estás ahora.*

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Revisión de los autorregistros realizados por los clientes sobre su consumo de alcohol o drogas desde la sesión 1 (Alcohol: ficha del cliente 3.2; Drogas: ficha del cliente 3.3)

Foco de la discusión

- La discusión puede comenzar cuando el terapeuta dice: *«Revisemos los autorregistros y veamos el consumo de alcohol y drogas de todos durante la última semana»*. Seguir pidiendo a algún miembro que comience la discusión: «[**introducir el nombre del cliente**], *danos una visión general de cómo ha sido tu consumo de alcohol o drogas durante esta última semana»*.
- **Nota para los terapeutas:** A menos que sea relevante, evitar detalles concretos del consumo de alcohol o drogas de un cliente (es decir, no dejar que los miembros ofrezcan una descripción día por día, ya que esto lleva mucho tiempo y normalmente no aporta información relevante).
- Si han sucedido cambios importantes o si un miembro ha afrontado una situación difícil sin consumir, los terapeutas pueden preguntar al grupo qué piensan sobre el cambio del miembro del grupo.

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo de alcohol o drogas (Lectura: ficha del cliente 4.5; ejercicio: Ficha del cliente 4.6)

Foco de la discusión

- Discutir la lectura y el ejercicio de identificar situaciones precipitantes de alto riesgo para el consumo de alcohol o drogas, incluyendo tomar una perspectiva realista sobre el cambio (es decir, *Monte Cambio*) y ver las caídas como experiencias de aprendizaje.
- Poner a prueba la comprensión de los miembros sobre la lectura de identificar precipitantes del consumo de alcohol y drogas (ficha del cliente 4.5). Este ejercicio tiene dos partes: 1) identificar y valorar los precipitantes de alto riesgo personales para el consumo de alcohol y drogas, y 2) un enfoque de prevención de recaídas para el cambio y tomar una perspectiva realista sobre el cambio.
- Una buena pregunta que los terapeutas pueden realizar sobre la lectura es: *«La lectura habla de tomar una visión a largo plazo sobre el cambio y de que puede haber algunos contratiempos por el camino. ¿Qué pensáis que significa esto?»*.

- Otro tema para que los miembros discutan es el diagrama del *Monte Cambio* (véase el dibujo en la ficha del cliente 4.5). Por ejemplo, los terapeutas podrían decir: *«¿Cuál dirías que es el mensaje fundamental del Monte Cambio en relación con el manejo de tu consumo de alcohol o drogas?»*.
- Dejar que los clientes seleccionen y discutan uno de sus dos precipitantes identificados del ejercicio: *«Hagamos una ronda y que cada miembro nos cuente una de las dos situaciones de alto riesgo que indicaron para su consumo de alcohol o drogas»*.
- **Nota para los terapeutas:** como parte de esta discusión, busca y reconoce puntos en común entre los miembros en relación a las situaciones de alto riesgo. Los terapeutas pueden reconocer puntos en común con reflejos: *«Así que parece que una situación de riesgo tanto para Bill como para Mary es estar enfadados. ¿Alguien más se siente en riesgo cuando experimenta emociones fuertes?»*.

Nota para los terapeutas: Con respecto a la lectura, los miembros deberían reconocer que en muchas personas el cambio puede asociarse con deslices, pero que lo importante si sucede una caída es continuar escalando la montaña. No obstante, también es esencial que los terapeutas no lo verbalicen como una profecía autocumplida al grupo (es decir, que tendrán deslices). Una buena forma de presentar este concepto es que uno de los terapeutas pregunte: *«¿Por qué los colegios realizan simulacros de incendio?»*. La mayoría de los miembros dan una respuesta obvia: *«De esta forma estás mejor preparado si ocurre un incendio»*. Los terapeutas pueden continuar diciendo: *«Aquí es la misma idea. Esperemos que no tengáis caídas, pero tiene sentido estar preparados por si suceden»*.

Es importante también que los miembros del grupo reconozcan que, si se dan deslices, deberían interrumpirlos lo antes posible y aprender de ellos. Si algún miembro del grupo cuenta un desliz a la sesión de grupo, uno de los terapeutas puede decir:

- *«Mary, ¿puedes contar al grupo qué crees que precipitó la caída que sucedió el pasado miércoles? ¿Qué fue diferente el miércoles?»*
- *«¿Cómo habéis afrontado un desliz otras personas del grupo?»*
- *«¿Hay alguna otra forma de ver un desliz que no sea como un fracaso?»*

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Revisión del *feedback* sobre el inventario breve de confianza situacional (BSCQ) y su relación con los precipitantes de alto riesgo (ficha del cliente 4.7)

Foco de la discusión

- Entregar a los miembros copias de sus perfiles BSCQ (ficha del cliente 4.7) que se

prepararon basándose en los BSCQ que completaron en la evaluación.

- Dejar que los miembros del grupo comparen sus perfiles BSCQ con sus dos situaciones individuales de alto riesgo del ejercicio *Identificar precipitantes.* Preguntar cómo se relacionan los dos precipitantes de su tarea para casa con su perfil genérico BSCQ.
- Para la mayor parte de los miembros, los perfiles BSCQ y los precipitantes del ejercicio *Identificar precipitantes* serán similares.
- Señalar, en aquellos casos en los que los perfiles BSCQ y los precipitantes son similares, que los nombres generales de los perfiles BSCQ son etiquetas que pueden ayudarles a identificar con mayor facilidad situaciones que podrían precipitar futuros consumos de alcohol o drogas y que deberían estar alerta en estas situaciones. Uno de los terapeutas puede preguntar: *«¿Por qué es importante conocer los tipos de situaciones en los qué podríais estar en riesgo de beber de forma excesiva o consumir drogas?»*.

Nota para los terapeutas: En la discusión ayudará que los miembros recuerden sus situaciones de riesgo si los terapeutas etiquetan los perfiles BSCQ de los miembros con nombres abreviados de los distintos perfiles BSCQ enumerados en la tabla 4.2 (por ejemplo, perfil «Momentos agradables»; perfil «Afecto negativo»; perfil «Poner a prueba el control personal»).

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Revisión de la escala *Dónde estás ahora* completada por los miembros

Foco de la discusión

- Entregar a los miembros la escala *Dónde estás ahora* completada en la evaluación y pedirles que respondan a las mismas preguntas de nuevo pero para la sesión 2.
- *«Cuando vinisteis, os pedimos a cada uno de vosotros que estimarais la gravedad de vuestro consumo de alcohol o drogas en una escala de 10 puntos. ¿En cuánto valoraríais hoy vuestro consumo de alcohol o drogas en esa misma escala, donde 1 = la preocupación más grave y 10 = ya no es una preocupación?»*
- Dejar que los miembros intenten recordar el número en el que creen que estaban durante la entrevista de evaluación en esta escala.
- Preguntar a los miembros: *«¿Cómo pasaste de un* **[# en la evaluación]** *a un* **[# ahora]***?»*.
- Esta pregunta de escala es una técnica de entrevista motivacional que permite que los miembros hablen de los cambios que han hecho.

— Como parte de esta discusión, buscar y reconocer puntos en común entre los

miembros y fomentar que apoyen los cambios que los demás están haciendo.

— En el caso de los miembros que no han cambiado, los terapeutas pueden preguntar: *«¿Qué tendrías que hacer para subir un número o dos?»* o *«¿Qué tipo de cosas te han obstaculizado el cambio?»*.

TAREA PARA CASA DE DESARROLLAR NUEVAS ALTERNATIVAS Y PLANES DE ACCIÓN PARA LA SESIÓN 3 (FICHA DEL CLIENTE 4.8)

Foco de la discusión

- Entregar a cada miembro la ficha del cliente 4.8, que les pide que desarrollen nuevas alternativas y planes de acción para las dos situaciones de alto riesgo que describieron en el ejercicio «Identificar precipitantes de alto riesgo asociados con su consumo de alcohol o drogas».
- Los terapeutas pueden decir a los miembros: *«Este ejercicio pretende ayudaros a aprender cómo afrontar esas situaciones que identificasteis como precipitantes de alto riesgo haciendo cosas distintas a consumir alcohol o drogas. Este ejercicio os pedirá no sólo que propongáis nuevas alternativas que podríais poner en práctica, sino que evaluéis hasta qué punto podrían funcionar para ayudaros a resistir el consumo de alcohol o drogas. Luego tendréis que decidir cuáles son las mejores alternativas para vosotros y desarrollar planes para ponerlos en acción. La realización de este ejercicio debería llevaros 10 minutos».*
- Finalmente, pedir a los miembros que realicen el ejercicio en casa y lo traigan a la sesión 3. Decirles que la semana siguiente se pedirá a cada miembro que hable sobre las alternativas y los planes de acción que ha desarrollado para una de sus dos situaciones de alto riesgo.

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Final de la sesión, cierre y qué destacaría

Foco de la discusión

- **¿Qué destacarían?:** Dejar que cada miembro del grupo y los terapeutas comenten una cosa de lo que destacarían de la sesión de grupo: *«Hemos hablado de muchas cosas en la sesión de grupo de hoy. ¿Qué destacarías?»*
- **Recordar a los miembros del grupo:** 1) asistir a todas las sesiones de grupo; 2) avisar por teléfono si no se va a asistir a una sesión; 3) continuar utilizando los autorregistros y traerlos junto con el ejercicio para casa a la siguiente sesión, y 4) que uno de los terapeutas les llamará el día anterior para recordarles a todos la siguiente sesión de grupo.

Discusión después de la sesión de grupo

- La discusión después del grupo lleva normalmente 5-10 minutos.
- Discutir lo que ocurrió en la sesión de grupo, tanto las cosas buenas como las menos buenas.
- Los terapeutas deberían hacer anotaciones sobre lo que quieren remarcar en la siguiente sesión y sobre cualquier cuestión importante de la conducta de los miembros del grupo.

NOTAS

31 De *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach* de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

OBJETIVOS, PROCEDIMIENTOS, FICHAS DEL CLIENTE, PLANIFICACIÓN ANTES DEL GRUPO Y EJEMPLOS DE DISCUSIONES EN CADENA

Sesión de grupo 3

FICHA T 5.3

OBJETIVOS DE LA SESIÓN[32]

- Revisar la evolución de los miembros.
- Discutir los planes de cambio.
- Discutir las nuevas alternativas y planes de acción para las situaciones precipitantes de alto riesgo.
- Asignar la tarea para casa y dar instrucciones para la sesión 4.

PROCEDIMIENTOS DE LA SESIÓN

- Introducir la sesión.
- Revisar y discutir los autorregistros realizados por los miembros; copiar o registrar los datos.
- Dejar que los miembros completen el segundo BSCQ.
- Revisar y discutir las respuestas de los miembros al ejercicio para casa «Desarrollar nuevas alternativas y planes de acción».
- Discutir posibles oportunidades para comprobar las alternativas antes de la sesión 4.
- Final de la sesión: preguntar qué destacarían de la sesión; recordar a los miembros que realicen las tareas para casa.

FICHAS DEL CLIENTE

- Tarea para casa: Formulario de solicitud de sesiones adicionales (ficha del cliente 4.10).
- Tarea para casa: Formulario de valoración de objetivo (ficha del cliente 3.4 para miembros con un objetivo de abstinencia; ficha del cliente 3.5 para miembros con un objetivo de bebida controlada de bajo riesgo).
- Formulario BSCQ (apéndice D) para que cada miembro del grupo lo complete en la sesión.

PLANIFICACIÓN ANTES DE LA SESIÓN DE GRUPO

- Los terapeutas revisan los que ocurrió en la última sesión de grupo.
- Los terapeutas deciden quién dirigirá cada tema de discusión (por ejemplo, autorregistros, tareas para casa).

- Tener preparadas nuevas tareas para casa para los miembros.
  - Formulario de solicitud de sesiones adicionales (ficha del cliente 4.10).
  - Formulario de valoración de objetivo (ficha del cliente 3.4 para los miembros con un objetivo de abstinencia; ficha del cliente 3.5 para los miembros con un objetivo de bebida controlada de bajo riesgo.

- Tener preparado un nuevo formulario BSCQ para que cada miembro lo complete en la sesión de grupo (apéndice D).

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Revisión de los autorregistros realizados por los miembros sobre su consumo de alcohol o drogas desde la sesión 2 (Alcohol: ficha del cliente 3.2; Drogas: ficha del cliente 3.3)

Foco de la discusión

- La discusión puede comenzar cuando el terapeuta dice: *«Revisemos los autorregistros y veamos el consumo de alcohol y drogas de todos durante la última semana»*. Seguir pidiendo a algún miembro que comience la discusión: «[**introducir el nombre del cliente**], *danos una visión general de cómo ha sido tu consumo de alcohol o drogas esta última semana»*.
- **Nota para los terapeutas:** A menos que sea relevante, evitar detalles concretos del consumo de alcohol o drogas de un cliente (es decir, no dejar que los miembros den una descripción día por día, ya que esto lleva mucho tiempo y normalmente no aporta información relevante).
- Si han sucedido cambios importantes o si un miembro ha afrontado una situación difícil sin consumir, los terapeutas pueden preguntar al grupo qué piensa sobre el cambio del miembro del grupo.

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Discutir el nuevo ejercicio para casa «Desarrollar alternativas y planes de acción» (ficha del cliente 4.8)

Foco de la discusión

- Pedir a cada miembro que hable sobre las alternativas y planes de acción para una de las dos situaciones precipitantes de alto riesgo de la tarea para casa.
- El objetivo es utilizar un enfoque de entrevista motivacional para que los miembros del grupo hablen de sus planes de cambio.
- *«¿Qué tipo de alternativas y planes de acción desarrollasteis para vuestras*

situaciones de alto riesgo?»

- *«¿Qué alternativa seleccionasteis como la más realista para poner en práctica y por qué?»*
- **Nota para los terapeutas:** Indicar a los miembros que es importante, cuando sea posible, descomponer los planes de acción en pequeños pasos para que pueda verse el progreso.

Preguntar a cada miembro: *«¿Qué situaciones precipitantes puedes anticipar que sucederán desde ahora hasta la próxima sesión en las que podrías poner en práctica tus alternativas y planes de acción?»* [Esta pregunta se utiliza para identificar posibles situaciones futuras de alto riesgo que los miembros del grupo podrían encontrarse y maneras de afrontar esas situaciones de antemano].

TAREA EN LA SESIÓN

Completar el Cuestionario breve de confianza situacional (apéndice D)

Foco de la discusión

- Entregar a cada miembro un BSCQ para que lo complete durante la sesión, diciéndoles: *«Este formulario evalúa hasta qué punto confiáis en la actualidad que podéis resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas. En la evaluación completasteis este formulario, y queremos que lo completéis de nuevo. La próxima semana lo discutiremos y compararemos vuestras respuestas de hoy con las primeras cuando vinisteis».*

TAREA PARA CASA DE FORMULARIO DE VALORACIÓN DE OBJETIVO PARA LA SESIÓN 4 (ABSTINENCIA: FICHA DEL CLIENTE 3.4; ELECCIÓN DE OBJETIVO: FICHA DEL CLIENTE 3.5)

Foco de la discusión

- Entregar a cada miembro la ficha del cliente 3.4 (miembros con un objetivo de abstinencia) o la ficha del cliente 3.5 (miembros con un objetivo de bebida controlada de bajo riesgo) y pedirles que completen el formulario en casa y que lo traigan para la próxima sesión.

«Este es el mismo formulario que completasteis y trajisteis a la sesión 1. Nos gustaría que lo rellenarais de nuevo y lo trajerais a la próxima sesión, donde compararemos vuestras respuestas con las que disteis la primera vez cuando vinisteis.»

TAREA PARA CASA DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SESIONES

ADICIONALES PARA LA SESIÓN 4 (FICHA DEL CLIENTE 4.10)

Foco de la discusión

- Entregar a los miembros el formulario de «Solicitud de sesiones adicionales» (ficha del cliente 4.10) y pedirles que completen el formulario en casa y que lo traigan para la próxima sesión.
- *«Como se indicó en la evaluación, la próxima semana tendremos la última sesión de grupo. Algunas personas pensarán que no necesitan ninguna sesión adicional porque han hecho suficientes progresos, mientras que otras querrán continuar en tratamiento. Las sesiones adicionales se llevarán a cabo como sesiones individuales en lugar de en grupo. En este formulario podéis indicar si queréis sesiones adicionales, y si es así cuántas y qué os gustaría conseguir. Si queréis más sesiones, podemos hablar sobre vuestra solicitud individualmente después de la sesión de grupo de la próxima semana.»*

DISCUSIÓN EN CADENA

Final de la sesión, cierre y qué destacarían

Dejar que cada miembro del grupo y los terapeutas comenten algo de lo que destacarían de la sesión de grupo. *«Hoy hemos hablado de muchas cosas en la sesión de grupo. ¿Qué destacarías?»*

Recordar a los miembros del grupo: 1) asistir a todas las sesiones de grupo; 2) avisar por teléfono si no se puede asistir a una sesión; 3) continuar utilizando los autorregistros y traerlos, junto con los ejercicios para casa, a la próxima sesión, y 4) que uno de los terapeutas les llamará por teléfono el día anterior a la sesión de grupo para recordarles a todos la siguiente sesión.

DISCUSIÓN DESPUÉS DE LA SESIÓN DE GRUPO

- La discusión después de la sesión de grupo normalmente lleva 5-10 minutos.
- Discutir los que ocurrió en la sesión de grupo, tanto las cosas buenas como las menos buenas.
- Los terapeutas deberían hacer anotaciones de lo que quieren remarcar en la siguiente sesión y de cualquier cuestión importante de la conducta de los miembros del grupo.
- Preparar, para todos los miembros, perfiles personalizados comparativos del BSCQ (evaluación y sesión 3) de las situaciones de alto riesgo para el consumo de alcohol o drogas (ficha del cliente 4.9).
- Preparar, para todos los miembros, una ficha de *feedback* personalizado comparativo (desde la evaluación a la sesión 3) de su consumo de alcohol o drogas (Alcohol: ficha

del cliente 4.3; Drogas: ficha del cliente 4.4).

NOTAS

32 De *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach* de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

OBJETIVOS, PROCEDIMIENTOS, FICHAS DEL CLIENTE, PLANIFICACIÓN ANTES DEL GRUPO Y EJEMPLOS DE DISCUSIONES EN CADENA

Sesión de grupo 4

FICHA T 5.4

OBJETIVOS DE LA SESIÓN[33]

- Revisar la evolución de los miembros.
- Readministrar y revisar la motivación y los objetivos de los miembros.
- Discutir el final del tratamiento y la llamada de seguimiento, o programar más sesiones.

PROCEDIMIENTOS DE LA SESIÓN

- Introducir la sesión.
- Revisar y discutir los autorregistros completados por los miembros en relación al objetivo; copiar o registrar los datos.
- Discutir las oportunidades de comprobar las alternativas desde la última sesión y los resultados.
- Entregar a los miembros sus *feedback* comparativos personalizados del consumo de alcohol (ficha del cliente 4.3) o drogas (ficha del cliente 4.4) durante el curso del tratamiento y discutirlo.
- Readministrar objetivos, revisando si es necesario.
- Repasar el ejercicio de balance decisional, revisando si es necesario.
- Entregar a los miembros la comparación de las respuestas al BSCQ (ficha del cliente 4.9) de la evaluación y la sesión 3 y discutirlo.
- Readministrar y revisar la comprensión de los miembros del diagrama *Monte Cambio* y tomar una perspectiva realista a largo plazo del cambio.
- Dejar que los miembros completen la escala *Dónde estás ahora* y que la comparen con sus respuestas en la evaluación y en la sesión 2.
- Discutir el formulario de *Solicitud de sesiones adicionales* (ficha del cliente 4.10) que los miembros completaron como tarea para casa.
- Asegurarse de que los miembros saben cómo contactar con el programa si necesitan más tratamiento. También, indicar que uno de los terapeutas se pondrá en contacto con ellos aproximadamente en un mes para comprobar cómo lo están haciendo y si necesitan cualquier cosa.
- Terminar la sesión. Preguntar qué destacarían de la sesión.

PLANIFICACIÓN ANTES DEL GRUPO

- Los terapeutas revisan lo que ocurrió en la última sesión de grupo.
- Los terapeutas deciden qué tema de discusión (por ejemplo, autorregistros o tareas para casa) dirigirá cada uno en esta sesión.
- Preparar una copia para cada miembro de su perfil comparativo BSCQ (evaluación y sesión 3; ficha del cliente 4.9).
- Preparar una copia para cada miembro de su perfil comparativo (desde la evaluación a la sesión 3) de su consumo de alcohol (ficha del cliente 4.3) o drogas (ficha del cliente 4.4).
- Preparar la escala *Dónde estás ahora* para que los miembros la completen de nuevo.

DISCUSIÓN EN CADENA

Revisión de los autorregistros completados por los miembros sobre su consumo de alcohol o drogas desde la sesión 3 (Alcohol: ficha del cliente 3.2; Drogas: ficha del cliente 3.3)

Foco de la discusión

- La discusión puede comenzar cuando el terapeuta dice: *«Revisemos los autorregistros y veamos el consumo de alcohol y drogas de todos la semana pasada».* Seguir pidiendo a un miembro que comience la discusión: **«[introducir el nombre del cliente],** *danos una visión general de cómo fue tu consumo de alcohol o drogas esta última semana».*
- **Nota para los terapeutas:** A menos que sea relevante, evitar detalles concretos del consumo de alcohol o drogas de un cliente (es decir, no dejar que los miembros realicen una descripción día por día, ya que lleva mucho tiempo y normalmente no aporta información relevante).
- Si han sucedido cambios importantes o si un miembro ha afrontado una situación difícil sin consu mir, los terapeutas pueden preguntar al grupo qué piensa sobre los cambios del miembro del grupo.

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Discusión del *feedback* personalizado comparativo de los cambios en consumo de alcohol o drogas antes y durante el tratamiento (Consumo de alcohol: ficha del cliente 4.3; Consumo de drogas: ficha del cliente 4.4)

Foco de la discusión: consumo de alcohol

- Entregar a los miembros copias de sus fichas de *feedback* de consumo de alcohol (ficha del cliente 4.3). Esta ficha de *feedback* permite que los miembros hablen de los cambios en su consumo de alcohol.

- *«Estas hojas muestran vuestro consumo de alcohol cuando vinisteis a tratamiento y durante el curso del tratamiento. El primer gráfico compara la frecuencia con la que cada uno de vosotros bebía los 90 días anteriores al tratamiento y la frecuencia con la que bebisteis durante el programa hasta la última semana. El segundo gráfico compara cuanto bebíais por día los 90 días anteriores al tratamiento y durante el tiempo que estuvisteis en el programa hasta la última semana. Al mirar estos dos gráficos, ¿cómo diríais cada uno de vosotros que ha cambiado vuestra bebida?»*

Foco de la discusión: consumo de drogas

- Entregar a los miembros copias de sus fichas de *feedback* de consumo de drogas (ficha del cliente 4.4). Esta ficha de *feedback* permite que los miembros hablen de los cambios en su consumo de drogas.
- *«Estas hojas muestran vuestro consumo de drogas cuando vinisteis a tratamiento y en el curso del tratamiento. El gráfico compara la frecuencia con la que cada uno de vosotros consumisteis drogas los 90 anteriores a vuestro tratamiento y durante el tiempo que estuvisteis en el programa hasta la última semana. Al mirar estos gráficos, ¿cómo diríais cada uno de vosotros que ha cambiado vuestro consumo de drogas?»*

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Comparación (evaluación y sesión 3) de las valoraciones de objetivo (Abstinencia: ficha del cliente 3.4; Elección de objetivo: ficha del cliente 3.5)

Foco de la discusión

- Este formulario de valoración se entregó como tarea para casa en la última sesión. La discusión se centrará en el consumo de alcohol o drogas de los miembros durante el tratamiento y cómo se relaciona con sus objetivos, así como posibles cambios en ellos.
- *«Primero, veamos vuestro nuevo objetivo y comparémoslo con vuestro objetivo cuando vinisteis. ¿Qué cambios, si hay alguno, habéis hecho y qué os ha llevado a hacer estos cambios?»*
- *«Viendo vuestros autorregistros, ¿hasta qué punto es consistente vuestro consumo de alcohol y drogas actual con vuestra segunda declaración de objetivo?»*. En el caso de los miembros cuyas conductas no sean consistentes con sus objetivos, preguntar al grupo: *«¿Quién tiene algunas ideas de por qué las cosas no funcionan con* **[introducir el nombre del miembro]***?»*.
- *«¿Cómo y por qué ha cambiado la importancia y vuestra confianza?»*
- Si ha ocurrido el cambio, preguntar: *«¿Cómo sentís el cambio y cómo ha afectado a*

vuestro nivel de confianza en comparación con la primera cuando vinisteis a tratamiento?».

- Los terapeutas pueden hacer que los otros miembros hablen preguntando: *«¿Alguien más ha tenido experiencias similares?».*
- Pueden provocarse comentarios de apoyo de otros miembros sobre los miembros que han cambiado preguntando: *«Tanto Bill como Mary han hecho cambios importantes. ¿Qué pensáis los demás sobre los cambios que han hecho?».*
- Finalmente, los terapeutas pueden preguntar: *«¿Qué tienen que hacer los miembros para mantener los cambios que han hecho?».*

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Revisar el ejercicio de balance decisional

Foco de la discusión

- Dejar que los miembros recuerden sus ejercicios de balance decisional de la sesión 1 y repasar lo que escribieron. La discusión se relaciona con cualquier incorporación o cambio en las respuestas de los miembros desde la sesión 1.
- *«Veamos el ejercicio de balance decisional que cada uno de vosotros completasteis al comienzo del tratamiento. ¿Hay alguna cosa buena o menos buena que no identificasteis anteriormente?»*
- *«¿Alguna de las cosas buenas o menos buenas originales han sido distintas a lo que esperabais, y por qué?»* [Con frecuencia los miembros indican que las consecuencias negativas que anticipaban sobre el cambio no han sucedido al final].

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Discusión de los cambios en el cuestionario breve de confianza situacional (BSCQ; ficha del cliente 4.9)

Foco de la discusión

- Revisar los perfiles personalizados BSCQ de las situaciones de alto de los miembros para el consumo de alcohol o drogas completados en la evaluación y en la sesión 3.
- Entregar *feedback* a los miembros comparando el primer y segundo perfil BSCQ. Utilizar un estilo de *counseling* motivacional que permita a los miembros del grupo hablar de los cambios que han experimentado en su confianza para resistir la tentación a beber de forma excesiva o consumir drogas.
- *«¿Qué cambios habéis notado en las situaciones que identificasteis previamente como de alto riesgo?»*
- *«¿Qué os llevó a cambiar la confianza?»*

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Discusión de la puesta en práctica de las alternativas para afrontar las situaciones precipitantes de alto riesgo desde la última sesión

Foco de la discusión

- *«¿Quién nos cuenta una ocasión en la que haya puesto en marcha uno de vuestros planes de acción y cómo resultó?»*

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Repasar el *Monte Cambio* y la prevención de recaída

Foco de la discusión

Repasar el concepto de tomar una perspectiva realista, a largo plazo del cambio. Buscar afirmaciones de que el cambio puede ser lento y que, si ocurre una caída, uno puede aprender de ella, levantarse y continuar.

- *«Volvamos a pensar en la sesión 2 cuando hablamos sobre el Monte Cambio y tomamos una perspectiva a largo plazo del cambio. Basados en nuestras discusiones anteriores y encuentros de grupo, ¿qué significa para vosotros ahora tomar una perspectiva realista del cambio?»*
- *«¿Cómo vais a conseguir esto?»*

DISCUSIÓN EN CADENA

Tema: Revisión de las respuestas de los miembros a la escala *Dónde estás ahora* durante el tratamiento (ficha del cliente 3.6)

Foco de la discusión

- Entregar a los miembros la escala *Dónde estás ahora* que completaron en la evaluación y en la sesión 2 y pedirles que respondan de nuevo a las mismas preguntas en la sesión 4.
- *«Cuando vinisteis la primera vez, y de nuevo en la segunda sesión, os pedimos a cada uno de vosotros que estimarais qué gravedad pensabais que tenía vuestro consumo de alcohol o drogas en una escala de 10 puntos. ¿Cómo estimaríais vuestro consumo de alcohol o drogas hoy en esa misma escala, donde 1 = la preocupación más seria y 10 = ya no es una preocupación?»*
- Dejar que los miembros intenten recordar el número que caracterizaba dónde estaban

en esta escala en la entrevista de evaluación y el número que pusieron en la sesión 2. Luego preguntar: *«¿cómo llegasteis cada uno de vosotros desde donde estabais cuando vinisteis por primera vez a tratamiento a donde estáis ahora y cómo os sentís al respecto?»*.

- Buscar y reconocer puntos en común y fomentar que los miembros feliciten a los demás por el cambio.

SOLICITUD DE SESIONES ADICIONALES

«Antes de que cerremos, la semana pasada os entregamos un formulario de "Solicitud de sesiones adicionales" para que lo completarais y lo trajerais hoy. En el caso de aquellos que solicitáis sesiones adicionales, nos veremos después del grupo de forma individual para discutirlo.»

DISCUSIÓN EN CADENA

Final de la sesión, cierre y qué destacarían

Dejar que cada miembro del grupo y los terapeutas comenten algo de lo que resaltarían de la sesión de grupo. *«Hoy hemos hablado de muchas cosas en la sesión de grupo. ¿Qué destacaríais?»*.

Recordar a los miembros del grupo: *«Uno de nosotros os llamará por teléfono aproximadamente dentro de un mes para preguntaros por vuestro progreso y para programar sesiones adicionales, en el caso de que sean necesarias»*.

DISCUSIÓN DESPUÉS DE LA SESIÓN DE GRUPO

- La discusión después de la sesión de grupo normalmente lleva aproximadamente 5-10 minutos.
- Discutir que ocurrió en la sesión de grupo en su conjunto, tanto las cosas buenas como las menos buenas, y las enseñanzas que los terapeutas pueden llevarse de la experiencia de grupo completa.

NOTAS

33 De *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach* de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

INTRODUCCIÓN A LOS GRUPOS

La investigación muestra que los grupos son tan efectivos como la terapia individual

FICHA C 5.1

LOS GRUPOS TE OFRECEN LA OPORTUNIDAD DE[34]

- Compartir tus experiencias con los demás.
- Aprender cómo los demás afrontan sus problemas.
- Recibir apoyo de otros que tienen problemas parecidos.
- Ayudar a los demás a afrontar sus problemas.

CÓMO BENEFICIARSE DE LOS GRUPOS

ASISTIR A TODAS LAS SESIONES: Asistir a todas las sesiones y ser puntual. Si por alguna razón no puedes asistir al grupo, avisa por teléfono por adelantado y díselo a los terapeutas.

REALIZAR LAS LECTURAS Y TAREAS PARA CASA: Se te darán lecturas, ejercicios para casa y autorregistros para que los realices en casa y los traigas a las sesiones de grupo. Esto ayuda a utilizar el tiempo de forma más eficiente. Las tareas y los autorregistros se discutirán en la sesión de grupo.

PARTICIPAR: Para sacar el máximo partido de las sesiones de grupo, los miembros tienen que participar en cada sesión de grupo y respetar los turnos de palabra.

SINCERARSE: Utiliza el grupo para ayudarte con tus problemas, compartiéndolos con el resto del grupo.

TRABAJAR JUNTOS: El grupo consigue más cuando los miembros trabajan juntos, como un equipo deportivo.

REGLAS DEL GRUPO

CONFIDENCIALIDAD: Lo que se habla en la sesión de grupo no se repite fuera de la sesión.

NO RELACIONARSE FUERA DEL GRUPO

EVITAR CONDUCTAS MOLESTAS

NO CONSUMIR ALCOHOL NI DROGAS: Es importante no consumir alcohol ni drogas antes de venir a la sesión de grupo.

APAGAR LOS TELÉFONOS MÓVILES DURANTE LAS SESIONES DE GRUPO

34 De *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach* de Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell. Copyright 2011 de The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar esta hoja a los compradores de este libro para uso exclusivamente personal (véase página de copyright para más detalles).

PARTE TERCERA

Dirigir y gestionar grupos: planificación antes del grupo, cohesión grupal y situaciones y clientes difíciles

6

Construyendo la cohesión grupal. La música viene del grupo

> Existe evidencia convincente de que la preparación previa del grupo acelera el curso de la psicoterapia de grupo.
>
> YALOM Y LESZCZ (2005, p. 294)

> En la psicoterapia de grupo, la relación entre el terapeuta y el miembro del grupo parece ser menos importante que las relaciones entre los miembros del grupo como tal.
>
> SCHOEHOLTZ-READ (1994, p. 157)

PREPARACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL GRUPO

La planificación y preparación previa del grupo son cruciales para la retención de los miembros en el grupo y para contribuir a la satisfacción de los miembros, la cohesión grupal y los resultados del grupo (Burlingame, Fuhriman y Johnson, 2001; MacKenzie, 1994; Rosenberg y Zimet, 1995; Satterfield, 1994; Yalom y Leszcz, 2005). La investigación ha mostrado que la planificación previa del grupo tiene muchos beneficios, incluyendo reducir las tasas de recaída, incrementar la asistencia, aumentar la autorrevelación de los miembros del grupo, aumentar la cohesión grupal, facilitar la participación temprana en el grupo, reducir la aprehensión general hacia los grupos y, lo que es más importante, incrementar la motivación a cambiar (revisado en Piper, 1993; Rosenberg y Zimet, 1995; Satterfield, 1994; Yalom y Leszcz, 2005).

Vender el grupo

Como se trató en el capítulo 1, aunque la investigación ha mostrado que los grupos generalmente son tan efectivos como sus contrapartidas de terapia individual, sin embargo muchos clientes creen que los grupos no son tan efectivos como la terapia individual (Yalom y Leszcz, 2005). Como varios estudios (Budman et al., 1988; Hofmann y Suvak, 2006), incluyendo el de este libro (L. C. Sobell et al., 2009), han indicado que los clientes prefieren mayoritariamente la terapia individual a la grupal, es importante promocionar los grupos a los clientes.

Cuando sea posible, los terapeutas deberían reunirse con los miembros potenciales

antes de la primera sesión para explicar cómo funcionan los grupos y aclarar preocupaciones sobre la participación en los grupos. Las discusiones con los miembros potenciales del grupo incluyen normalmente: 1) cómo funciona el grupo; 2) el papel de las expectativas de los miembros del grupo (por ejemplo, aprender de sus compañeros, apoyar a los otros miembros, ofrecer *feedback* constructivo); 3) las reglas del grupo, y 4) la importancia de que todos los miembros participen en cada sesión de grupo. Como puede esperarse que la mayor parte de los clientes esté ambivalente sobre la asistencia a una terapia de grupo, debería ofrecerse información sobre los beneficios de los grupos y las expectativas de los miembros de una forma que sea consistente con los principios de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002). Se puede entregar una hoja a los miembros potenciales sobre los beneficios de los grupos (véase ficha del cliente 5.1 como ejemplo), incluyendo información práctica sobre la logística de los grupos, como el aparcamiento o con quién contactar si se tiene un problema.

Las reglas del grupo se dirigen a moldear las conductas apropiadas del grupo, promocionar normas grupales positivas y reducir la ansiedad de los clientes. Las reglas del grupo que se proponen con mayor frecuencia y su lógica se enumeran en la tabla 5.3 (Bieling et al., 2006; MacKenzie, 1994; Yalom y Leszcz, 2005). Entre las más importantes están: asistir a la sesión de grupo con puntualidad, mantener la confidencialidad, no consumir alcohol ni drogas ilegales antes de la sesión de grupo, no hablar sobre miembros del grupo que no están presentes, participar de forma regular, no relacionarse fuera de las sesiones de grupo, realizar las tareas para casa y traerlas a la sesión de grupo, y mostrar conductas adecuadas en las sesiones de grupo (es decir, no gritar, no blasfemar, no utilizar el teléfono móvil durante las sesiones de grupo o no hablar cuando otro está hablando).

Preparación antes de cada sesión

La planificación previa de la sesión de grupo incluye todo, desde asegurarse que el lugar donde se va a realizar la sesión esté preparado y tenga el número adecuado de sillas (MacKenzie, 1994) hasta discutir aspectos relativos a miembros determinados. Generalmente, la preparación y planificación antes de la sesión grupal debería llevar aproximadamente de 15 a 20 minutos. Para facilitar la comunicación no verbal en el grupo se ha recomendado que los coterapeutas se sienten en lugares opuestos uno del otro (Yalom y Leszcz, 2005). Antes de que el grupo comience, los terapeutas pueden colocar sus hojas o una carpeta en las sillas donde se sentarán. Como se describe en la tabla 6.1, antes de cada sesión de grupo los coterapeutas deberían realizar varias tareas (por ejemplo, hablar sobre los objetivos de la sesión de grupo; determinar cómo se repartirán las responsabilidades, tales como quién controlará el tiempo empleado en las distintas tareas; hablar sobre la evolución y cuestiones particulares de los miembros o cómo implicar mejor a los miembros que están callados; tareas domésticas, como tener

preparadas hojas de firmas y las tareas para casa relevantes, etc.). Finalmente, cuando el grupo está preparado para comenzar, se deberían retirar las sillas vacías del círculo.

TABLA 6.1
Tareas de los coterapeutas antes de cada sesión de terapia grupal

- Especificar los objetivos y las tareas a conseguir y los temas que se discutirán durante la sesión.
- Decidir quién va a iniciar y finalizar el grupo y quién asumirá la responsabilidad de comenzar las discusiones relacionadas con temas y ejercicios para casa específicos de la sesión. En el caso de grupos abiertos, es buena idea comenzar con temas de discusión general por adelantado para que haya alguna estructura.
- Revisar las anotaciones de la sesión anterior para identificar temas que tienen que continuarse y discutirse en la siguiente sesión de grupo. Además, revisar brevemente la participación de cada miembro del grupo y su evolución a lo largo del curso de las sesiones de grupo. Si los terapeutas utilizan un diario de sesiones, para hacer anotaciones tras la sesión de grupo es más fácil recordar lo que sucedió en la sesión anterior.
- Asegurarse de que está disponible el material de trabajo que sea relevante (por ejemplo, hojas de firmas, formularios de confidencialidad, reglas del grupo, hojas...).
- Colocar las sillas en forma de círculo y tener únicamente las suficientes para el número de participantes que se esperan más los terapeutas.

Discusiones después del grupo

Las discusiones después del grupo también son importantes (Dies, 1994; Yalom y Leszcz, 2005) y normalmente tienen una duración de 10 a 15 minutos. Los temas que se pueden discutir son cómo ha ido el grupo y cualquier preocupación o problema que haya surgido en las discusiones del grupo. Si algo no fue como se había planeado (por ejemplo, la discusión del ejercicio planificado), los coterapeutas pueden discutir el porqué y cómo manejarlo la próxima vez. Se puede desarrollar una planificación para la siguiente sesión basada en la discusión después del grupo, incluyendo identificar miembros y temas a tratar (Heimberg y Becker, 2002). Si hay personas en formación, la discusión después de la sesión de grupo ofrece una oportunidad para que realicen preguntas. Por último, deberían anotarse en un diario de sesiones de grupo las cuestiones que tienen que continuarse o tratarse en la siguiente sesión, para que puedan recordarse antes del siguiente encuentro del grupo.

EL GRUPO: UNA SALA DE ESPEJOS DE APRENDIZAJE EN VIVO

La experiencia del grupo es una parte fundamental del proceso de aprendizaje de los miembros del grupo. Hablar sobre los éxitos o fracasos de uno en las sesiones de grupo permite que los otros miembros aprendan en estas interacciones a apoyarse y ofrecerse sugerencias sobre el cambio. En este sentido, se puede considerar a los grupos como una *sala de aprendizaje de espejos viviente* en la que se ofrece a los miembros la oportunidad de practicar las conductas, ver cómo son percibidas por los demás y conseguir *feedback*,

tanto positivo como negativo, de los demás miembros del grupo (R. R. Dies, comunicación personal, 19 de febrero, 1996; Dies, 1992, 1994; MacKenzie, 1994). Los grupos ofrecen un contexto en el que se pueden simular experiencias y situaciones de la vida real en circunstancias seguras con *feedback* de los demás (por ejemplo, *«Bill, ¿podrías contar al grupo cómo fue el encuentro que tuvisteis la semana pasada tú y tu esposa con el consejero de tus hijos?»*). Los miembros del grupo, a diferencia de los terapeutas, pueden ofrecer distintas perspectivas de las conductas de los miembros y dar apoyo social y presión de grupo para estimular el cambio. Los grupos también ofrecen la oportunidad de aprender de los demás a través del aprendizaje observacional o vicario. Al hablar sobre los beneficios de los grupos, Satterfield decía: *«Las interacciones grupales ofrecen además un escenario natural para comprobar hipótesis sociales, practicar habilidades recientemente aprendidas y crear un espejo 'terapéutico' que muestre las consecuencias sociales objetivas de las acciones y creencias del paciente»* (1994, p. 186).

LA MÚSICA VIENE DEL GRUPO: LOS TERAPEUTAS COMO DIRECTORES DE ORQUESTA

Como se indicó en la sección de Agradecimientos, hace varios años asistimos a dos talleres presentados por el Dr. Robert Dies. Durante la formación, habló sobre dos conceptos importantes que creemos que son la clave para comprender cómo dirigir grupos con éxito. El primero, *Pensar en el grupo*, se dirige a ayudar a que los terapeutas recuerden que el grupo es por sí mismo un agente de cambio y no hacer terapia individual en marcos grupales (véase también p. 86 en Dies, 1994). El segundo concepto, *La música viene del grupo* y *Los terapeutas como directores de orquesta*, se relaciona con el papel de los terapeutas para desarrollar interacciones entre los miembros del grupo. En la terapia de grupo, la tarea de los terapeutas es conseguir que la música venga del grupo, lo que implica que los miembros acepten la responsabilidad del cambio y los procesos grupales que llevan al cambio. Como tratamos a continuación, los conceptos de *La música viene del grupo* y *Los terapeutas como directores de orquesta* son directos y visualmente comunicativos. Con los años hemos constatado que estos dos conceptos sencillos y elocuentes son muy efectivos para comunicar a las personas en formación cómo dirigir y pensar en los procesos de grupo.

La mayor parte de los expertos en terapia de grupo recomiendan tener dos terapeutas, o coterapeutas. Los coterapeutas pueden asemejarse a los directores de orquesta, donde los miembros son los instrumentos que componen la orquesta. La tarea de los terapeutas es conseguir que los miembros del grupo trabajen juntos, ayudando al cambio de los demás. Aplicando la analogía *La música viene del grupo*, una orquesta suena bien sólo cuando los instrumentos tocan juntos de forma adecuada. En la terapia de grupo, para que la música venga con éxito del grupo los miembros deberían ser los que más hablaran

(es decir, tocaran la música) e interactuaran para facilitar el cambio. Algunas veces el director (es decir, el terapeuta de grupo) quiere escuchar a la orquesta completa e invita a que todo el mundo responda (por ejemplo, *«¿Alguien más puede identificarse con lo que Bill ha dicho?»*). Otras veces, el director/terapeuta de grupo quiere que una sección determinada de la orquesta (por ejemplo, los trombones) toque (por ejemplo, *«Bill, ¿puedes echar una mano a Mary?»*) o quiere escuchar otro instrumento distinto (por ejemplo, *«Bill, no te hemos escuchado hoy. ¿Puedes hacer algunas sugerencias a Mary sobre cómo manejar su situación en el trabajo?»*). Otras veces, el director/terapeuta de grupo puede escuchar que un instrumento/miembro del grupo toca mal y pide a otro instrumento/miembro del grupo que demuestre cómo tocar esa parte (por ejemplo, *«Bill, esa es una manera de afrontar las cosas. ¿Quién puede ofrecer a Mary otra sugerencia?»*). Por último, en raras ocasiones, un director/terapeuta de grupo puede pensar que el sonido de toda la orquesta no es bueno. Cuando sucede esto, el director/terapeuta de grupo puede bajar la batuta y pedir un tiempo fuera, diciendo: *«Están sucediendo muchas cosas en el grupo ahora, y no me encuentro cómodo con lo que estoy escuchando. Paremos y hablemos de lo que ocurre»*. El objetivo final del director de orquesta/terapeuta de grupo es conseguir que los miembros de la orquesta/grupo trabajen juntos (esto es, cohesión) para producir un sonido armonioso.

LA COHESIÓN: UNA FUERZA POTENTE EN LA TERAPIA DE GRUPO

La cohesión, un proceso dinámico que fluctúa con el tiempo, se ha relacionado con resultados positivos (Beal, Cohen, Burke y McLendon, 2003; Burlingame et al., 2001; Rose, 1990; Satter-field, 1994; Tschuschke, Hess y MacKenzie, 2002) y con varias características clave de los grupos (Burlingame et al., 2001; Satterfield, 1994; Stokes, 1983; Yalom y Leszcz, 2005). Esas características son: 1) productividad; 2) participación dentro y fuera del grupo; 3) autorrevelación; 4) riesgos; 5) asistencia regular; 6) preparación previa del grupo; 7) *feedback* y 8) realización de los ejercicios para casa. De acuerdo con Yalom y Leszcz (2005), «*la cohesión grupal no sólo es una potente fuerza terapéutica en sí misma. Es una condición previa para que otros factores terapéuticos funcionen de forma óptima*» (p. 55). Por estas razones, la cohesión puede verse como el *pegamento que sostiene unido al grupo* y una condición sine qua non para que la terapia de grupo sea efectiva.

Construir la cohesión en los grupos

Para desarrollar cohesión grupal, los terapeutas de grupo tienen que buscar y señalar puntos en común entre los miembros basados en la información de las evaluaciones (por ejemplo, tipos de problemas que tienen) y de las interacciones durante las sesiones de grupo (por ejemplo, cómo han manejado o evitado los clientes los problemas). Los

terapeutas de grupo pueden utilizar los puntos en común de los miembros: 1) para atraer a más miembros del grupo a la discusión; 2) para demostrar que los demás han tenido experiencias parecidas, y 3) para animar a que los miembros compartan cómo han afrontado problemas parecidos. Una buena preparación del grupo por parte de los terapeutas es importante para desarrollar cohesión grupal. Por ejemplo, si dos o más miembros se han divorciado recientemente y el tema surge en el grupo, uno de los terapeutas puede decir: *«Si no recuerdo mal, Mary no es la única que se ha divorciado. ¿Alguien más puede compartir con Mary cómo ha afrontado esto?»*. El terapeuta podría preguntar también: *«¿Alguien más ha tenido experiencias parecidas?»* o *«¿Alguien más puede identificarse con lo que siente Mary?»*. Aunque algunos miembros del grupo indicarán similaridades y diferencias con los demás clientes, a veces los terapeutas las tendrán que estimular en el grupo *(«¿Quién puede dar a Mary algún consejo sobre cómo ha afrontado la petición de un divorcio o la búsqueda de un abogado?»)*. Aunque los clientes cuentan historias distintas, existen temas en común que los terapeutas pueden identificar y pedir que los demás comenten (*«¿Quizá otros que hayan pasado* **[introducir el tipo de problema]** *puedan compartir con Mary cómo han afrontado la situación?»*).

La construcción de la cohesión grupal comienza desde la primera sesión, en la que los clientes empiezan a hablar sobre temas relativamente seguros (por ejemplo, presentarse a sí mismos o contar sus expectativas del grupo. Cuando los clientes revelan sus pensamientos y sentimientos, es importante que los terapeutas establezcan un clima favorable comentando los puntos en común y reforzando a los clientes por relacionarse y compartir sus experiencias. Por ejemplo, después de la participación adecuada de un miembro el terapeuta puede decir: *«Mary, eso es exactamente lo que estamos buscando. Queremos que cada uno de vosotros comparta sus experiencias con el grupo»*. También es importante que los terapeutas aseguren a los miembros que todos tendrán oportunidad de participar. Como se ilustra en el capítulo 5, las discusiones en cadena pueden utilizarse para asegurar que todos los miembros del grupo participen de forma regular.

La cohesión: el pegamento que sostiene a los grupos unidos

Burlingame et al. (2001, p. 373) han definido la cohesión como *«la relación terapéutica en la psicoterapia de grupo que emerge de la suma de miembro-terapeuta, miembro-miembro, y miembro-relaciones del grupo»*. Yalom y Leszcz (2005) consideran que la cohesión grupal es uno de los factores terapéuticos más importantes en la terapia de grupo. En su libro *Group Dynamics*, Forsyth (2006) afirma que «un grupo cohesionado está unificado, de forma que los miembros literalmente ‘se pegan’» (p. 136)

En la psicología del deporte, la cohesión grupal también es muy importante. Los psicólogos del deporte hablan de cohesión como la integración de los miembros de un equipo (Moran, 2004). De forma interesante, el concepto se ha utilizado para explicar el

éxito de los equipos deportivos que no se esperaba que lo hicieran bien. Dos ejemplos clave son el «Miracle on Ice», un equipo de hockey estadounidense que ganó la medalla de oro olímpica de 1980, y el equipo de béisbol *Marlins* de Florida, un grupo de jugadores muy jóvenes y sin experiencia que empezaron haciéndolo bien, creyendo en sí mismos y en los demás, y que ganaron los mundiales en 1997.

El grupo es más que la suma de las partes

La importancia de los procesos grupales se resume con la observación de que se consigue más cuando los miembros trabajan juntos como grupo que como individuos (Forsyth, 2006; MacKenzie, 1994). Burlingame et al. (2001) han resumido y discutido seis principios con apoyo empírico relativos a las relaciones terapéuticas en los grupos. Estos seis principios se reproducen del artículo original en la tabla 6.2. Lo que llama la atención es que muchas de las interacciones *miembro-miembro* y *terapeuta-miembro* que Burlingame et al. discuten son consistentes con las estrategias cognitivo-conductuales y con el enfoque de entrevista motivacional utilizado en el modelo de tratamiento de ACD. De forma retrospectiva, la cantidad de paralelismos entre el enfoque de ACD y los procesos grupales podría explicarse porque somos capaces de integrar con éxito las técnicas cognitivo-conductuales y el enfoque de entrevista motivacional en un formato de terapia grupal. En los dos párrafos siguientes se escriben en cursiva las palabras y frases comunes entre el estudio de Burlingame et al. y el modelo de tratamiento de ACD.

TABLA 6.2

Principios con apoyo empírico con respecto a la relación terapéutica en el grupo de tratamiento

Principio 1: La preparación previa al grupo establece las expectativas de tratamiento, define las reglas del grupo e instruye a los miembros sobre los papeles apropiados y las habilidades necesarias para la participación efectiva en el grupo y la cohesión grupal.
Principio 2: Los terapeutas de grupo deberían establecer claridad en los procesos grupales desde las primeras sesiones, puesto que se piensa que una mayor estructuración lleva a mayor autorrevelación y cohesión grupal.
Principio 3: Los terapeutas de grupo que modelan observaciones en tiempo real ofrecen *feedback* interpersonal de forma efectiva y mantienen un nivel moderado de control y afiliación, pudiendo afectar de forma positiva a la cohesión grupal.
Principio 4: El momento oportuno y la devolución de *feedback* deberían ser consideraciones fundamentales para los terapeutas de grupo, porque pueden facilitar este proceso de construcción de la relación.
Principio 5: La presencia de los terapeutas de grupo no sólo afecta a la relación con los miembros individuales, sino también a todos los miembros del grupo, porque experimentan de forma vicaria la forma de relacionarse de los terapeutas, y de esta forma aprenden la importancia de gestionar sus emociones al servicio de los demás.
Principio 6: Un objetivo fundamental de los terapeutas de grupo debería ser facilitar a los miembros del grupo la expresión emocional, la respuesta de los demás a esa expresión y el significado compartido derivado de esa expresión.

Nota. De Burlingame, Fuhriman y Johnson (2001, p. 375). Copyright 2001 de la División de Psicoterapia (29), Asociación Americana de Psicología (APA). Reproducido con permiso.

Interacciones miembro-miembro

Se ha mostrado que algunas interacciones miembro-a-miembro pueden incrementar la cohesión y contribuir al éxito de los grupos (Burlingame et al., 2001): 1) apoyarse mutuamente en el cambio; 2) responder de forma empática (es decir, con respeto sincero); 3) ofrecer *feedback* a los demás *de forma que no juzgue* (minimizando lo negativo es más probable conseguir que los miembros acepten el *feedback* y sean *menos resistentes al cambio);* 4) que los miembros *asuman la responsabilidad de su propio cambio,* y 5) *cumplir con las actividades conductuales estructuradas* en las sesiones de grupo (por ejemplo, los ejercicios para casa y autorregistos fomentan los aspectos comunes en cuanto a las revelaciones y el *feedback* compartido sobre las formas de manejar los problemas, lo que lleva a una mayor cohesión grupal).

Interacciones terapeuta-miembro

Con respecto a las interacciones terapeuta-miembro, ha producido resultados positivos en los grupos (Burlingame et al., 2001): 1) *la escucha refleja* demuestra que el terapeuta ha escuchado y comprendido a los miembros; 2) *ser empático, aceptar y acoger;* 3) *reforzar el feedback* interpersonal efectivo; 4) comunicar al comienzo del grupo que es normal el malestar y la aprehensión que se siente al estar en un grupo (es decir, *normalizar las conductas que los miembros pueden pensar que solamente ellos experimentan*), y 5) *comunicar la importancia de realizar las tareas.*

Medidas de la cohesión grupal

La mayor parte de lo que se ha escrito sobre la psicoterapia de grupo ha enfatizado la importancia de medir la cohesión. Aunque se han desarrollado distintos tipos de cuestionarios de cohesión grupal (Kanas, Stewart, Deri, Ketter y Haney, 1989; MacKenzie, 1983; Treadwell, Lavertue, Kumar y Veeraraghavan, 2001; Tschuschke et al., 2002), la evaluación de la cohesión grupal no ha recibido la atención que se merece en los estudios de investigación. En el estudio GRIN, utilizamos el Cuestionario de Cohesión Grupal-Versión abreviada (*Group Cohesion Questionnaire—Short Version; GCQ-S*) porque era breve y fácil de corregir (Kanas et al., 1989; MacKenzie, 1983; Tschuschke et al., 2002).

Los 12 ítems del GCQ-S se valoran en escalas Likert de 7-puntos. La medida ofrece tres puntuaciones: 1) *Compromiso* (5 ítems, rango = 0-30), una atmósfera positiva dentro del grupo o cohesión; 2) *Conflicto* (4 ítems, rango = 0-24), fricción interpersonal dentro del grupo; y 3) *Evitación* (3 ítems, rango = 0-18), los miembros no asumen la responsabilidad del trabajo grupal. En términos de cohesión grupal, las características deseables del grupo en el GCQ-S serían *alto compromiso, muy bajo conflicto* y *evitación*

relativamente baja.

En el estudio GRIN se pidió a todos los clientes de grupo que completaran el GCQ-S en su última sesión (sesión 4). Después de sólo cuatro sesiones, el estudio GRIN encontró que el tratamiento de grupo de ACD dio lugar a altos sentimientos de cohesión grupal y compromiso, bajos niveles de conflicto interpersonal y baja evitación del trabajo grupal (L. C. Sobell et al., 2009). Hemos propuesto que varios factores han podido contribuir a la alta cohesión: 1) como parte de la preparación previa al grupo, se les daba a todos los miembros potenciales del grupo una introducción que describía el grupo, sus beneficios y las expectativas de los miembros (ficha del cliente 5.1); 2) como los tratamientos breves necesitan centrarse en objetivos específicos, se puede haber facilitado el desarrollo de los procesos grupales porque los miembros y los terapeutas sabían que el grupo se reuniría sólo durante cuatro sesiones; 3) se instruyó a los terapeutas del grupo para reforzar y apoyar la discusión de aspectos en común y las interacciones apropiadas entre los miembros, y 4) los ejercicios para casa y los autorregistros semanales del consumo de sustancias que los clientes realizaron fuera de las sesiones sirvieron para centrar las discusiones del grupo en temas comunes.

RESUMEN

En este capítulo nos hemos centrado en tres temas importantes: 1) la planificación y preparación previa al grupo, 2) *la música viene del grupo,* y 3) construir cohesión grupal. Es esencial desarrollar cohesión grupal, porque está asociada con resultados positivos. Quizá no hay nada que capture mejor la importancia de la cohesión grupal que la frase *es el pegamento que mantiene al grupo unido.* Como se ha discutido a lo largo de este capítulo, hay varias formas en que los terapeutas del grupo pueden fomentar el desarrollo de la cohesión: 1) la preparación y planificación previa al grupo, incluyendo el ayudar a que los miembros potenciales comprendan sus papeles y expectativas antes de unirse al grupo; 2) asegurarse de que todos los miembros tengan la oportunidad de contribuir a la discusión del grupo; 3) conseguir que los miembros hablen sobre aspectos en común y comenten experiencias similares que han tenido; 4) promover la autorrevelación de los miembros, y 5) animar a los miembros a que refuercen los cambios de conducta de los demás miembros.

7

Gestionando los grupos. Cuestiones estructurales

> La terapia de grupo es la única terapia que ofrece a los clientes la oportunidad de ser de beneficio para los demás. Además fomenta la versatilidad de rol, solicitando a los clientes que cambien entre los papeles de receptores y proveedores de ayuda.
>
> YALOM Y LESZCZ (2005, p. 13)

Este capítulo y el siguiente se refieren a la gestión de grupos, pero desde perspectivas diferentes. En éste se muestran multitud de aspectos estructurales (por ejemplo, composición, asistencia, papel de los coterapeutas, ruptura del contacto visual) que los terapeutas del grupo deben comprender cuando dirigen una terapia de grupo. Por el contrario, el capítulo 8 señala formas de manejar clientes difíciles en los grupos.

Cuando se compara la terapia grupal e individual existen ventajas e inconvenientes, muchas de las cuales son de naturaleza estructural (Morrison, 2001; Piper y Joyce, 1996; Satterfield, 1994; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach y Clark, 2003; Yalom y Leszcz, 2005). Las diferencias principales entre los dos formatos se enumeran en la tabla 7.1. Aunque el manejo de los grupos es más complejo, demandante y desafiante que dirigir una terapia individual, la estructura de los grupos tiene diversas ventajas importantes sobre la terapia individual. Estas ventajas, por tanto, ofrecen oportunidades a los miembros (por ejemplo, apoyo social) que no permite la terapia individual.

TABLA 7.1
Ventajas e inconvenientes de la terapia de grupo vs. la terapia individual

Ventajas

- Se puede tratar a más clientes en los grupos, reduciendo así los costes para los clientes y los pagadores.
- Los grupos pueden ofrecer el apoyo de los iguales, lo que que no se puede conseguir en la terapia individual.
- Los miembros del grupo pueden ofrecerse apoyo emocional y refuerzo unos a otros.
- Los grupos pueden ayudar a que los miembros reconozcan que otros tienen problemas similares.
- Los miembros del grupo pueden aprender unos de otros (por ejemplo, servir como modelos u ofrecer sugerencias para el cambio).

Inconvenientes

- Son más difíciles de manejar porque se trabaja de forma simultánea con muchos clientes, por el mayor potencial de no participación de algunos miembros y por los problemas potenciales para manejar la

conducta de los miembros (por ejemplo, la monopolización o las interrupciones).
- Tasas de abandonos mayores al comienzo y durante el tratamiento.
- Generalmente, menor satisfacción del cliente con los grupos.
- Los terapeutas necesitan una formación y habilidades especiales para manejar las dinámicas e interacciones complejas del grupo.
- Cuestiones de asistencia: las sesiones de grupo que se pierden no se pueden recuperar; si muchos miembros abandonan o pierden sesiones de grupo, puede ser difícil o imposible llevar a cabo el grupo.
- Los miembros del grupo pueden pensar que está menos protegida su confidencialidad y/o privacidad.

MONTAR LOS GRUPOS

Grupos abiertos

Los grupos abiertos no tienen un número fijo de sesiones y, por tanto, no tienen normalmente fechas de comienzo ni fin. Si el espacio lo permite, pueden entrar nuevos miembros en cualquier instante. En un momento determinado, por la naturaleza de los grupos abiertos, algunos miembros habrán asistido a muchas sesiones, otros sólo a algunas y otros serán nuevos en el grupo. La mezcla origina varias cuestiones: 1) cuando entra un miembro nuevo se deben revisar las reglas del grupo y las expectativas; una manera de llevar a cabo esto es pedir a un antiguo miembro del grupo que introduzca a los nuevos miembros del grupo y que les explique las reglas; 2) la continuidad de las sesiones es más difícil de mantener, y 3) debido a la constante renovación de los miembros, los grupos abiertos no están tan dispuestos a las tareas estructuradas como lo están los grupos cerrados.

Grupos cerrados

Los grupos cerrados se reúnen durante un número prefijado de sesiones, que tienen unas fechas específicas de comienzo y fin. Después de la primera sesión, los grupos cerrados normalmente no añaden miembros nuevos. Como todos los miembros comienzan al mismo tiempo, para maximizar las ganancias del tratamiento los grupos cerrados suelen utilizar actividades estructuradas (por ejemplo, tareas para casa) y temas específicos en las distintas sesiones. Cuando el número de sesiones de grupo es pequeño, los terapeutas del grupo tienen que desarrollar cohesión grupal enseguida (es decir, comenzar en la primera sesión). Una cuestión importante en los grupos cerrados es conseguir y mantener un tamaño adecuado del grupo. Nosotros y otros hemos encontrado tres cosas que pueden ayudar a maximizar la asistencia: 1) llevar a cabo un encuentro previo al grupo en el que se indica a los miembros potenciales los beneficios del grupo y se les da un folleto que describe los beneficios y las reglas del grupo (ficha del cliente 5.1; esto se puede hacer en una sesión de grupo o de forma individual; 2) enfatizar la importancia de asistir a todas las sesiones de grupo y de la puntualidad, y 3)

muy importante, realizar una llamada telefónica recordatoria o enviar un correo electrónico a los clientes el día anterior a cada sesión de grupo.

Comenzar y finalizar los grupos con puntualidad

Es imprescindible comenzar las sesiones de grupo con puntualidad, incluso si sólo están presentes algunos miembros, en lugar de esperar a que lleguen más, porque de lo contrario se debilita la norma que los terapeutas están intentando inculcar (Bernard, 1994). De forma parecida, es importante terminar las sesiones de grupo de forma puntual. Aunque pueda darse una crisis al final de la sesión de grupo, son raras y normalmente pueden ser abordadas por los terapeutas tras la sesión. Ocasionalmente, sin embargo, los miembros esperan hasta el final de la sesión para sacar un tema. Por ejemplo, en el caso de los clientes que esperan hasta los últimos minutos de la sesión de grupo para sacar cuestiones importantes, pero no relacionadas con una crisis (por ejemplo, perder un trabajo), recomendamos que los terapeutas respondan diciendo algo como: *«Mary, parece que perder tu trabajo es una cuestión importante. Queremos dedicarle suficiente tiempo para discutirlo en la sesión, pero como sólo faltan unos minutos para terminar la sesión de grupo, es difícil. ¿Te importa si lo discutimos al comienzo de la sesión de grupo de la próxima semana?»*. La mayor parte de los clientes están de acuerdo con esta petición, y uno de los terapeutas tiene que anotarlo para sacar el asunto a discusión en la sesión siguiente.

Problemas de asistencia

Los problemas de asistencia no se dan sólo en los grupos de terapia. Es una práctica común, por ejemplo, que muchos profesionales y negocios (por ejemplo, médicos, dentistas, peluqueros) llamen a los clientes o pacientes para recordarles sus citas. Una forma de reducir los problemas de asistencia es discutir la importancia de asistir a las sesiones de grupo cuando se recluta a miembros potenciales del grupo. Cuando los clientes llegan tarde constantemente o faltan a sus citas, esta conducta puede ser perjudicial y se debe señalar. Sin embargo, es mejor dejar que el grupo señale la cuestión (es decir, dejar que la «música venga del grupo») en lugar de que los terapeutas del grupo se enfrenten a los miembros. En el caso de los clientes que llegan tarde de forma reiterada o entran e interrumpen la sesión de grupo, los terapeutas pueden implicar al grupo con un comentario como: *«Es la tercera vez que Mary llega tarde. Me pregunto cómo puede el grupo ayudar a que Mary llegue a la sesión de grupo de forma puntual»*. Nuestra experiencia es que es más probable que los comentarios de los miembros del grupo afecten a la conducta del cliente que los comentarios de los terapeutas.

Faltar a las sesiones de grupo

Cuando los clientes no asisten a las sesiones individuales, es costoso para los profesionales (por la pérdida de tiempo y de ingresos). Sin embargo, mientras que las sesiones de terapia individual se pueden recuperar, si el cliente pierde una sesión de grupo el grupo continuará la reunión, y no hay forma de captar la esencia de las interacciones del grupo en una sesión de recuperación. Por tanto, el hecho de llamar por teléfono a los clientes el día anterior a las sesiones de grupo puede ayudar a reducir el número de sesiones de grupo perdidas, y sólo lleva unos minutos. Si se tiene permiso del cliente, se puede dejar un mensaje corto sobre la sesión de grupo en el contestador o en el teléfono móvil. En el estudio GRIN, los terapeutas llamaban por teléfono a todos los clientes del grupo el día anterior a las sesiones. Se hubiera necesitado un estudio independiente para evaluar la relación causal entre las llamadas y la asistencia, pero es de señalar que los miembros de los grupos de este estudio faltaron a muchas menos sesiones (n = 25) que los clientes de la condición de tratamiento individual (n = 210; L. C. Sobell et al., 2009).

Miembros que se van de la sesión de grupo en curso

Aunque no es frecuente, con el tiempo la mayor parte de los terapeutas de grupo encuentran un miembro del grupo que sale de la sesión de grupo antes de terminar, bien forma dramática o bien silenciosa. Aunque la salida prematura del grupo debería haberse discutido como parte de las reglas del grupo (es decir, los miembros no salen antes de terminar la sesión de grupo a no ser que sea una emergencia), esto no impide que pueda ocurrir. Si un miembro del grupo intenta salir o se va, uno de los coterapeutas debería ir tras la persona para averiguar por qué se ha ido. Los miembros del grupo pueden salir por distintas razones (por ejemplo, para llamar la atención o porque están enfadados por lo que ha ocurrido en la sesión de grupo; en una ocasión uno de los miembros del grupo que se salió en medio de una sesión de grupo nos dijo que se fue porque la discusión del grupo le trajo recuerdos de un asalto que había sufrido unos años antes). Cualquiera que sea la razón, uno de los coterapeutas tiene que salir también de la sesión y averiguar la razón por la que se fue el miembro, ocuparse de la situación y, si procede, conseguir que la persona regrese a la sesión de grupo. El terapeuta que permanece con el grupo debe confiar en que si el miembro del grupo regresa, el coterapeuta tendrá la situación bajo control. La razón por la que el miembro decidió salir de la sesión no tiene que discutirse necesariamente con el resto del grupo cuando la persona regresa. Además de para no forzar una autorrevelación incómoda, es necesario mantener y respetar el desarrollo de lo que está sucediendo en la sesión de grupo en curso. Por tanto, lo que ha sucedido (es decir, la salida del miembro) no debería ser un tema de discusión en grupo, a menos que los terapeutas crean que es importante para la cohesión grupal.

ESTRUCTURA DE LA SESIÓN: DURACIÓN Y TAMAÑO

La mayor parte de los grupos ambulatorios se reúnen de forma semanal, y su duración normalmente va de 90 a 120 minutos. Aunque no existe consenso sobre lo que constituye el tamaño de grupo ideal, las recomendaciones varían de 6 a 12 clientes con dos coterapeutas. Uno de los problemas de todos los grupos es su tamaño, que puede variar de semana a semana, creando lo que se ha caracterizado como *festín o hambruna*. Si sólo aparecen algunos clientes a la sesión de grupo (por ejemplo, de uno a tres), nuestra sugerencia es preguntarles si quieren tener la sesión de grupo. Si se decide que no se puede tener una sesión de grupo significativa, entonces como mínimo recomendamos que los terapeutas se reúnan con los que están presentes durante 15-20 minutos para que puedan compartir cómo les fue la semana desde la sesión anterior y tratar cualquier preocupación pendiente.

EL PAPEL DE LOS COTERAPEUTAS/TERAPEUTAS DEL GRUPO

Existe consenso entre los expertos en psicoterapia de grupo acerca de que utilizar dos terapeutas, llamados coterapeutas, facilita la conducción del grupo de terapia (Dies, 1994; Yalom y Leszcz, 2005). Un terapeuta asume normalmente el papel activo, mientras que el otro atiende a las conductas no verbales de los miembros y gestiona las actividades del grupo. Además, los terapeutas pueden cambiar los roles durante la sesión de grupo. Utilizar coterapeutas tiene varias ventajas: 1) es más fácil gestionar y abordar ejercicios estructurados; 2) pueden compartirse las tareas —un terapeuta puede gestionar las tareas clínicas (por ejemplo, las tareas para casa, los formularios), mientras que el otro gestiona la distribución del tiempo para que puedan discutirse todos los temas y ejercicios de la sesión, y 3) si un terapeuta se atasca o no sabe cómo proceder, su coterapeuta puede intervenir para ofrecer orientación.

Durante todas las fases del grupo es fundamental la comunicación entre los coterapeutas (Bieling et al., 2006; Yalom y Leszcz, 2005). Por ejemplo, durante las discusiones en cadena uno de los terapeutas puede controlar el tiempo empleado en un tema, mientras que el otro terapeuta se responsabiliza de que los miembros participen y compartan sus experiencias entre ellos (véase capítulo 5 para ejemplos específicos).

Aunque es raro que los coterapeutas hablen entre sí o uno detrás de otro en una discusión, tienen que comunicarse de forma verbal y no verbal durante las sesiones (Bernard, 1994). Si hay alguna confusión sobre lo que está sucediendo en el grupo, es importante que los coterapeutas comprueben las señales con el otro. Por ejemplo, uno de los coterapeutas puede decir al otro: «*Doug, ¿te parece si continuamos con el tema de cómo manejar las recaídas un poco más?*» o «*Doug, échame una mano. Estoy confuso sobre adónde va el grupo con el tema del duelo*». Finalmente, aunque los terapeutas tienen distintos estilos y orientaciones, a veces los coterapeutas pueden tener ideas

diferentes de cómo proceder. Aunque pueda producirse, debería evitarse el conflicto abierto entre coterapeutas a toda costa. Si un terapeuta contradice al otro frente a los miembros del grupo, esto puede llevar a que éstos cuestionen el valor del grupo y debilitarse así la cohesión grupal. Los coterapeutas pueden discutir estas cuestiones en el debate tras la sesión de grupo, cuando los miembros están ausentes (revisado en Morrison, 2001).

Cambiar los terapeutas en grupos abiertos

Como los grupos abiertos no tienen fecha ni de comienzo ni de fin, es lógico que un coterapeuta pueda dejar el grupo, en especial si uno de los terapeutas está en formación. En estos casos, hay que ser sensible respecto a la transición entre el anterior terapeuta y el nuevo. Una razón importante para ser sensible al cambio de los terapeutas es que los clientes están compartiendo información íntima con el grupo, incluyendo a los terapeutas. Nuestra experiencia es que los cambios bruscos de terapeuta pueden resultar desconcertantes para los clientes, por lo que deberían evitarse cuando sea posible. Idealmente, la transición debería ser gradual, y se debería informar a los miembros del grupo por adelantado acerca de cuándo se producirá el cambio. En los grupos abiertos que llevamos a cabo en la actualidad cambiamos a nuestros estudiantes de doctorado como coterapeutas cada 3 meses. Se informa a los miembros del grupo sobre estos cambios y su lógica por adelantado, y además saben que uno de los dos coterapeutas continuará, lo cual ofrece cierta estabilidad. Para la transición, hemos encontrado que funciona bien el hecho de poder solapar el nuevo terapeuta con el anterior durante algunas semanas. Por último, durante la transición del anterior terapeuta al nuevo es importante trabajar cuidadosamente con el nuevo coterapeuta, especialmente si está en formación, en el flujo del grupo, dejándole intervenir progresivamente cada vez más en las sesiones.

SELECCIONAR A LOS MIEMBROS DEL GRUPO: COMPOSICIÓN Y EQUILIBRIO

Yalom y Leszcz (2005) han afirmado que la suerte de un grupo está relacionada con la selección de los clientes. Elegir clientes que reúnan criterios comunes (por ejemplo, clientes divorciados, víctimas de traumas, bebedores problema) ofrece un mayor potencial de unión entre los miembros y de desarrollo de cohesión. Además, el grado de homogeneidad entre los miembros es un criterio que se ha asociado con un buen funcionamiento del grupo y resultados positivos. En la práctica, la homogeneidad permite que los terapeutas utilicen las semejanzas inherentes entre los miembros del grupo (por ejemplo, TEPT, consumo de sustancias, temas de relación) para desarrollar cohesión, pidiéndoles que hablen sobre experiencias que comparten. Para buscar

armonía en los grupos, Dies (R. R. Dies, comunicación personal, 19 de febrero, 1996) ha sugerido que se aplique el principio del Arca de Noé (intentando tener al menos dos miembros que compartan una característica principal, lo cual es especialmente importante en algunos casos, como cuando hay más de una mujer en un grupo de consumidores de sustancias varones).

OTRAS CUESTIONES SIGNIFICATIVAS DEL GRUPO

El silencio es oro

Algunos coterapeutas, especialmente los terapeutas de grupo nuevos, tienen dificultadas con el silencio (Dies, 1994). A este respecto, es importante reconocer que el silencio es una conducta. Si nadie habla durante un intervalo de tiempo prolongado es que, algo está pasando, y el terapeuta podría decir: *«Estáis muy callados hoy aquí. Me pregunto que estará pasando.»*

Ruptura del contacto visual con los clientes

En la terapia de grupo, el objetivo es dejar que los miembros del grupo hablen fundamentalmente con los otros miembros del grupo y no con los terapeutas. Cuando los miembros son nuevos en un grupo, con frecuencia intentan mantener el contacto visual con uno de los terapeutas cuando hablan. Cuando ocurre esto, el terapeuta tiene que romper el contacto visual con el cliente. Aunque parezca incómodo y poco natural, nuestra experiencia es que cuando el terapeuta rompe el contacto visual los clientes miran a otro miembro del grupo y finalmente se acostumbran a hablar al grupo *completo*. Aunque es difícil romper el contacto visual, es útil para desarrollar cohesión grupal.

Los clientes hablan con sus cuerpos

Las personas hablan mediante sus cuerpos, por ejemplo sonriendo, asintiendo, retirando la mirada o cruzando los brazos. Los aspectos no verbales son especialmente importantes en los grupos en los que los miembros pueden reaccionar a las interacciones entre los miembros. Aunque la mayor parte de los aspectos no verbales se relacionan con el lenguaje corporal (por ejemplo, encogerse de hombros, sonrisas, girar los ojos), a veces son más obvios (por ejemplo, los miembros del grupo sacan las sillas del círculo del grupo). Los terapeutas tienen que estar constantemente alertas y reconocer cualquier conducta no verbal significativa. Los siguientes son algunos ejemplos de cómo los terapeutas pueden atraer la atención del grupo respecto a algunas conductas no verbales.

EJEMPLOS DE SEÑALAR RESPUESTAS NO VERBALES

- *«Cuando Mary habló sobre su reciente divorcio, algunos de vosotros asentisteis».* [**Nota:** con frecuencia cuando los terapeutas preguntan esto los miembros del grupo responden; si hay un silencio prolongado, el terapeuta puede continuar con: *«¿Por qué asentisteis?»*].
- *«Varias personas del grupo están sonriendo. ¿Qué quieren decir las sonrisas?»*
- *«Bill ha estado compartiendo algunos sentimientos difíciles con nosotros, y muchos de vosotros habéis bajado la mirada. Me pregunto qué está ocurriendo.»*

Clientes que no realizan las tareas para casa

Otra cuestión relacionada con el mantenimiento del control del grupo por parte de los terapeutas es comunicar a los miembros la importancia de realizar las tareas para casa y de traerlas a cada sesión del grupo. Como se trató en el capítulo 3, nosotros (L. C. Sobell et al., 2009) y otros (Dies, 1994; Garland y Scott, 2002; Kazantzis et al., 2005) hemos comprobado que los clientes realizan las tareas para casa asignadas si comprenden su lógica y su relación con los problemas por los que vinieron a tratamiento. Se puede recordar a los clientes que traigan sus tareas cuando los terapeutas les llaman para la sesión de grupo. En el caso de los clientes que normalmente no traen sus tareas a la sesión de grupo, los terapeutas pueden pasar la cuestión al grupo diciendo: *«Bill, parece que estás teniendo problemas para realizar las tareas asignadas. ¿Qué sugerencias puede hacerle el grupo?»*.

Pasar a un tema nuevo

Como en una terapia individual, a veces la discusión se va por las ramas, se desvía o se alarga demasiado, y esto puede impedir que se aborden otros asuntos. Una manera fácil de tratar esto es decir: *«Parece que el grupo tiene muchas cosas que decir sobre este tema. Tenemos que tratar algunas cosas más en esta sesión, así que cambiemos de tema; podemos volver a este tema más tarde»*.

Venir a las sesiones de grupo bajo los efectos de las sustancias

Los clientes que vienen a las sesiones de grupo bajo los efectos del alcohol o de drogas ilegales no sólo desafían las reglas del grupo, sino que provocan alteraciones si permanecen en el grupo. A los clientes que vienen a las sesiones de grupo bajo dichos efectos se les debería recordar que una de las reglas del grupo, sobre las que ya se ha hablado, era no consumir alcohol o drogas el día de las sesiones de grupo. Cuando se pide a un cliente que se vaya, es esencial que los terapeutas se aseguren de que no conduzca bajo los efectos de la sustancia.

TERMINACIÓN DE LOS GRUPOS

La cuestión de la terminación del tratamiento es importante tanto en terapia individual como grupal. La terminación implica dos consideraciones fundamentales: abordar asuntos no finalizados y ayudar a los miembros a planificar lo que van a hacer después del tratamiento (Dies, 1992). Con grupos de tiempo limitado, el tema de la terminación debería abordarse de forma temprana en el tratamiento para que los clientes sean conscientes sobre cuándo terminará el grupo y puedan planificar qué hacer si necesitan tratamiento adicional (Heimberg y Becker, 2002; Yalom y Leszcz, 2005). Para muchos clientes, será suficiente un tratamiento breve para tratar sus necesidades y tener resultados positivos. En el caso de los clientes que quieran servicios adicionales, se puede discutir con ellos de forma individual las alternativas disponibles.

Llamadas de seguimiento

Como se trató en el capítulo 4, parte del modelo de tratamiento de ACD incluye que los terapeutas realicen llamadas telefónicas a los clientes un mes después de la última sesión de grupo o individual. Estas llamadas pretenden servir de apoyo al cambio, además de ofrecer a los clientes la oportunidad de comentar cualquier dificultad que hayan experimentado y solicitar tratamiento adicional si fuera necesario. En el estudio GRIN (L. C. Sobell et al., 2009), en el seguimiento de un año, el 64 por 100 de los consumidores de sustancias entrevistados dijo que creían que las llamadas de seguimiento eran útiles, y el 23 por 100 dijo que les hubiera gustado recibir más llamadas.

RESUMEN

Este capítulo discutió varios aspectos estructurales implicados en la dirección de los grupos de terapia. Estas cuestiones van desde las diferencias entre los grupos abiertos y cerrados, la composición de los grupos o cómo manejar a los miembros que faltan a las sesiones de grupo, llegan tarde de forma reiterada o se van durante una sesión en curso, hasta la ruptura del contacto visual. Se han abordado los papeles complementarios de los coterapeutas. Trabajando juntos, los coterapeutas pueden dirigir un grupo de forma efectiva, al mismo tiempo que observar características importantes del desarrollo del proceso grupal (por ejemplo, conductas no verbales). Se han discutido otras muchas circunstancias que pueden hacer difícil la conducción de los grupos de terapia, incluyendo las formas de afrontar esas situaciones. Finalmente, se enumeran en forma de tabla las principales ventajas e inconvenientes de los grupos, en comparación con la terapia individual.

8

Manejando a los clientes difíciles en los grupos

> Un cuestionario enviado por la Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo a terapeutas de grupo preguntaba por los aspectos fundamentales que los terapeutas de grupo necesitaban dominar. Más del 20 por 100 respondieron: «Trabajar con clientes difíciles».
>
> YALOM Y LESZCZ (2005, p. 391)

> Los clientes de grupo traen una gama completa de psicopatología a tratamiento; además, las dinámicas interpersonales, subgrupales y del grupo en su conjunto que se desarrollan en el escenario del tratamiento grupal dan lugar a un enorme rango de situaciones problemáticas a lo largo del tiempo.
>
> BERNARD (1994, p. 156)

A lo largo de los años, los expertos en terapia de grupo han indicado que los terapeutas pueden esperar encontrarse con clientes desafiantes y con situaciones difíciles al llevar a cabo grupos (Bernard, 1994; Bieling et al., 2006; Yalom, 1985). De hecho, en su libro, Bieling et al. (2006) afirmaron que en su experiencia «cada grupo que lleva un terapeuta es probable que tenga al menos un cliente que suponga un desafío para el proceso grupal, para otros miembros del grupo y para los terapeutas» (p. 104). Nuestra experiencia ha sido similar a la de Bieling et al. No es poco frecuente encontrarse clientes difíciles y desafiantes en los grupos. Por tanto, este capítulo trata de las formas de manejar a los clientes difíciles en los grupos. Para ayudar a que los lectores se hagan una imagen y recuerden a los clientes y sus conductas, nos referimos a los tipos de clientes difíciles con las siguientes etiquetas: *el silencioso Sam*, *la impuntual Laura*, *el terapeuta Tommie*, *la charlatana Cathy*, *el monopolizador Mike*, *la resistente Roberta* y *el interruptor Iván.* Aunque en este capítulo se aborda una discusión sobre los clientes difíciles, la tabla 8.1 contiene ejemplos de diálogos específicos para que los lectores tengan una referencia rápida de las formas de responder a estos clientes en las sesiones de grupo.

PENSAR EN EL GRUPO: INTERRUMPIR A LOS CLIENTES POR EL BIEN COMÚN

En las conversaciones diarias se dan con frecuencia interrupciones, que, como podría esperarse, suceden durante la terapia de grupo. Sin embargo, las interrupciones durante la terapia de grupo pueden interferir el desarrollo de la cohesión grupal. Aunque se pueden dar interrupciones aisladas, cuando los clientes interrumpen de forma reiterada la sesión de grupo los terapeutas tienen que dirigir la atención del grupo hacia las conductas distractoras de forma constructiva.

El siguiente es un ejemplo de cómo los terapeutas pueden tratar a clientes como la charlatana Cathy o el monopolizador Mike, que dominan la discusión grupal. En estos casos, con frecuencia los clientes no son conscientes del impacto que su conducta tiene en el grupo, y por tanto los terapeutas tienen que encontrar formas efectivas de interrumpirles.

TABLA 8.1

Sugerencias para responder a los clientes difíciles en los grupos

El silencioso Sam

Con estos clientes el objetivo es encontrar una forma de conseguir que todos los miembros, especialmente aquellos que hablan menos, participen en todas las sesiones de grupo.

- *«Mary, no te hemos escuchado esta noche.»*
- *«Mary, he notado que tú no has hablado mucho esta noche. ¿Cómo te ha ido la semana?»*
- *«Bill acaba de compartir sus frustraciones con el grupo. Mary, sé que tú has dicho que te sentías frustrada en situaciones parecidas. ¿Qué consejo puedes darle a Bill?»* [Este ejemplo se dirige directamente a pedir a un cliente callado que ofrezca consejo o sugerencias a otro cliente].

La impuntual Laura

Aunque la mayoría de los clientes que llegan tarde a las sesiones de grupo son conscientes de su conducta, algunos no comprenden el efecto que su conducta tiene en el grupo. Si se deja que el grupo responda a estos clientes es más probable que se lleven a cabo cambios (por ejemplo, llegar a las siguientes sesiones grupales a tiempo) que si los terapeutas les dicen que llegan tarde. Las siguientes respuestas se utilizarían sólo con los clientes que llegan tarde de forma reiterada o que faltan a varias sesiones del grupo.

- *«Esta es la tercera vez que Mary llega tarde. ¿Qué sugerencias puede darle el grupo para llegar a tiempo?»*
- *«Me pregunto cómo pensáis los demás sobre el hecho de que Mary haya llegado tarde al grupo en varias ocasiones»*. [Aunque esta respuesta es más directa que el primer ejemplo, la discusión abierta de algunos aspectos puede incrementar la sensibilidad de los miembros hacia su propia conducta, así como ayudarles a comprender cómo su conducta afecta al grupo completo].

El terapeuta Tommie

Estos clientes pueden haber asistido a un grupo durante varias sesiones, o pueden tener una considerable experiencia previa en terapia. A veces, las intervenciones de estos clientes en las sesiones de grupo irán en paralelo con las del terapeuta. Aunque sus consejos pueden ser útiles en ocasiones para los miembros del grupo, otras veces pueden ser perjudiciales o demasiado directos.

- *«Bill, tus comentarios han sido útiles. Veamos cómo ven los demás las preocupaciones de Mary.»*
- *«Bill, esa es una manera de ver cómo Mary puede manejar la situación. ¿Qué otras opciones podéis ofrecer los demás a Mary?»*

La charlatana Cathy y el monopolizador Mike

Estos clientes dominan las discusiones del grupo. Los terapeutas tienen que encontrar maneras efectivas de interrumpir a estos clientes, ya que con frecuencia no son conscientes del impacto que su conducta tiene en el grupo. Una estrategia que pueden utilizar los terapeutas cuando un cliente charlatán está hablando es hacer preguntas al grupo completo. Por ejemplo:

- *«Bill, parece que te han sucedido muchas cosas esta semana. Me pregunto qué les ha sucedido a los otros miembros del grupo».* (El terapeuta entonces se dirige a otro miembro). *«Mary, ¿cómo te fue la semana?»*
- *«Mary, parece que te han sucedido muchas cosas en la última semana. Veamos lo que te ha estado ocurriendo durante unos minutos más, y después veamos cómo lo han estado haciendo los demás esta última semana.»*

El interruptor Iván

La conducta de estos clientes es problemática porque interrumpen con frecuencia las discusiones del grupo.

- «Parece que hoy estamos teniendo una activa discusión sobre [introducir el tema], pero varios miembros están hablando a la vez. Me pregunto cómo afecta esto al grupo y qué piensa el grupo que deberíamos hacer.»
- «Sé que todos tenemos cosas importantes que decir, pero tenemos que respetarnos y dejar que los demás terminen de hablar antes de que hable la siguiente persona.»

La resistente Roberta

Los clientes que piensan que son forzados o coaccionados para asistir a los grupos (por ejemplo por la pareja, por el agente de libertad provisional, por el jefe) con frecuencia no se encuentran bien y, por tanto, participan poco, si lo hacen.

- «Bill, como muchos, parece que estés enfadado con que tu agente de libertad provisional te diga que vengas a tratamiento. ¿Qué sugerencias tiene el grupo para Bill?»
- «Mary, parece que crees que no tuviste elección para venir al grupo y estás enfadada. ¿Alguien más con experiencias parecidas puede compartir con Mary cómo habéis manejado estas situaciones?»

TOMAR EL CONTROL DEL GRUPO

- *«Mary, parece que te han pasado muchas cosas esta última semana. Continuemos viendo lo que dices unos minutos más, y después veamos lo que los demás han estado haciendo.»*
- Después de unos minutos, el terapeuta puede introducir a otros miembros en la discusión diciendo: *«Mary, evidentemente te han sucedido muchas cosas la semana pasada. Averigüemos cómo les ha ido la semana a los demás».* [**Nota:** Después de este comentario, el terapeuta puede dirigir la discusión del grupo apelando a otro miembro]. *«Bill, ¿cómo te fue la semana?»*

A lo largo de los años hemos encontrado que los terapeutas pueden tener dudas sobre si interrumpir a los clientes, porque les preocupa lo que los demás miembros del grupo puedan pensar. En la mayor parte de los casos los terapeutas tienen que confiar en sus propios sentimientos como barómetro de lo que ocurre en el grupo. No es infrecuente que, si los terapeutas no se sienten cómodos con un miembro que interrumpe constantemente o habla por encima de los demás, los demás miembros se sientan de forma parecida. Además, es poco probable que esto ocurra una sola vez (es decir, estos clientes muestran conductas parecidas durante algún tiempo). Con el interruptor Iván, los

terapeutas tienen que interrumpirle, agradecerle que comparta su experiencia e introducir a otros miembros en la discusión. Una manera de introducir a otros miembros cuando un interruptor Iván o una charlatana Cathy están hablando es dirigir una pregunta al grupo completo. En esos momentos es importante que los terapeutas recuerden *Pensar en el grupo.* Si los terapeutas dejan que un miembro del grupo continúe y continúe, el resto de la orquesta puede no tocar bien. Sin embargo, los terapeutas deben recordar también tratar a los clientes molestos de forma que no cree enfado o conflicto dentro del grupo.

Otras veces, una discusión grupal puede ocasionar que varios miembros hablen al mismo tiempo, de manera que el sonido resultante no es precisamente música para el oído de nadie. En esas ocasiones, los terapeutas pueden encontrar necesario introducir un tiempo fuera. Así, el terapeuta reconoce que hay alguna confusion y detiene al grupo, para resolver lo que está pasando y reorganizarse.

PENSAR EN EL GRUPO: CÓMO PONER EN ORDEN EL CAOS

- *«Parece que hoy estamos teniendo una discusión activa sobre* **[introducir el tema].** *Hay muchos compañeros que están hablando a la vez. Me pregunto cómo están afectando las interrupciones al grupo, y qué piensa el grupo que deberíamos hacer.»*
- Si varios miembros hablan a la vez, el terapeuta podría decir: *«Sé que todos tenemos cosas importantes que decir, pero tenemos que respetarnos y dejar que uno termine antes de que hable el siguiente.»*

EQUILIBRAR LAS VOCES EN EL GRUPO

Un objetivo fundamental de los terapeutas cuando dirigen grupos es hacer que todos los clientes participen de forma regular. Con los clientes silenciosos como Sam es importante que los terapeutas realicen esfuerzos continuos y activos para conseguir que se impliquen en el grupo. Estos esfuerzos son importantes para desarrollar cohesión grupal. Para conseguir esto, los terapeutas deben orquestar las oportunidades para provocar que los miembros del grupo reacios o tímidos participen. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: *«Mary, no te hemos oído esta noche»* o *«Mary, has estado callada esta noche. ¿Cómo te fue la semana?»*. Una buena forma de conseguir que los clientes callados participen es que los terapeutas reconozcan los puntos en común y dirijan la discusión en esa dirección: *«Bill acaba de compartir sus frustraciones con el grupo. Mary, sé que nos has contado que te has sentido frustrada en situaciones similares. ¿Qué consejo puedes darle a Bill?»*. No todos los miembros del grupo tienen que hablar de forma extensa de cada tema, pero es deseable mantener un equilibrio de las voces del grupo.

El manejo del tiempo es un tema que hace que el equilibrio de voces sea muy importante, especialmente en los grupos de tiempo limitado (Heimberg y Becker, 2002; MacKenzie, 1996). Un buen ejemplo es manejar a los clientes conocidos como *contadores de historias.* Estos miembros, si no se les maneja, pueden desviar un grupo

con historias largas y dispersas. En grupos de tiempo limitado, los terapeutas tienen que estar alertas para atender los procesos grupales, y cuando el grupo se desvía uno de los terapeutas tiene que reconducir al grupo hacia el tema.

Algunas veces la cuestión de equilibrar las voces tiene que ver más con los papeles que asumen los clientes más que con la cantidad de tiempo que hablan, como sucede con el cliente *terapeuta Tommie*. Estos clientes pueden haber estado asistiendo a un grupo varias sesiones, o pueden tener una experiencia considerable previa en terapia. Cualquiera que sea la razón, en ocasiones intentan asumir el papel del terapeuta. A veces puede resultar útil. Por ejemplo, en un grupo abierto, un miembro antiguo del grupo puede explicar las reglas del grupo a los miembros nuevos y facilitar su inserción en el grupo. Estos clientes, sin embargo, también pueden ser perjudiciales si empiezan a ofrecer consejos de forma gratuita o a dar opiniones como si fueran terapeutas. En estos casos, el terapeuta podría decir: *«Bill, esa es una forma de ver cómo Mary puede manejar la situación. ¿En qué otras opciones pensáis los demás para Mary?»*.

Otra cuestión se refiere a los miembros del grupo que se sienten forzados o coaccionados para asistir a las sesiones de grupo (por ejemplo, por la pareja, el agente de libertad provisional o el jefe). Los clientes *resistente Roberta* no se sienten bien, y por tanto participan poco, si es que lo hacen, en los grupos. Como los clientes impuntuales, a los clientes que son forzados a venir al grupo los terapeutas les manejan mejor utilizando al grupo como agente de cambio. Con estos clientes, el terapeuta puede pedir al grupo que hable sobre la conducta de un miembro. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: *«Bill, como muchas personas, parece que estás enfadado con el hecho de que tu agente de libertad provisional te diga que tienes que venir a tratamiento. ¿Qué sugerencias tiene el grupo para Bill?»*. En estas situaciones, es probable que otros miembros del grupo hablen sobre cómo han afrontado estas circunstancias en las que tenían poca elección. Estas respuestas pueden fomentarse también directamente diciendo el terapeuta: *«Mary, parece que crees que no tienes elección para venir al grupo, y estás enfadada. ¿Alguien más con experiencias parecidas puede compartir con Mary cómo ha manejado estas situaciones?»*. Como se trató en el capítulo 6, conseguir que la «Música venga del grupo» normalmente es más efectivo que si los terapeutas aíslan o aleccionan a un miembro.

MANEJAR EL CONFLICTO E INTRODUCIR TIEMPOS FUERA

Yalom y Leszcz (2005) afirmaban que: «Hasta cierto punto, siempre están presentes ciertas tensiones en todos los grupos de terapia» (p. 169). De hecho, la mayor parte de los expertos en psicoterapia de grupo reconocen que es normal e inevitable algún grado de conflicto en los grupos. Esto no es del todo sorprendente si recordamos que los grupos constan de muchos clientes con distintas personalidades. Cuando surgen los conflictos, sin embargo, los terapeutas deben reconocerlos y manejarlos para que se

resuelvan con éxito. Muchos clientes, especialmente en una situación grupal, se sienten incómodos con el conflicto o el enfado expresado en un grupo. En estas ocasiones, uno de los terapeutas tiene que señalar el malestar al grupo en su conjunto. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: *«Están pasando muchas cosas ahora, algunas de las cuales son un poco molestas. Hablemos sobre lo que pensáis sobre esto»*. De forma alternativa, el terapeuta puede pedir que hablen determinados clientes: *«Bill y Mary, han estado sucediendo muchas cosas en el grupo de esta noche, y vosotros dos parecéis un poco incómodos. ¿Qué pensáis que está pasando?»*. Algunas veces, cuando el terapeuta interrumpe la discusión del grupo para reflejar lo que está sucediendo, puede haber una ganancia secundaria al permitir que los miembros del grupo que están enfadados se calmen.

Los terapeutas deberían utilizar sus sentimientos como barómetro

Los terapeutas tienen que utilizar sus propios sentimientos como barómetro de lo que está sucediendo *afectivamente* en el grupo (Dies, 1994). Por ejemplo, si los terapeutas reaccionan a las interacciones miembro-miembro, es más probable que otros miembros tengan sentimientos similares. Aunque se espera que haya algún conflicto en los grupos, la mejor manera de manejar el conflicto grupal es que los terapeutas lo devuelvan al grupo. A veces, sin embargo, abordar el conflicto podría no ser productivo de forma inmediata, y en estas ocasiones pueden resultar útiles los tiempos fuera.

Se recurre a tiempos fuera normalmente cuando el grupo tiene reacciones emocionales fuertes ante lo que ha dicho un miembro. En estos casos, el terapeuta puede recurrir a un tiempo fuera diciendo: *«De acuerdo, tomemos un tiempo fuera. Parece que están pasando muchas cosas ahora en el grupo. Tratemos de ver la situación con cierta perspectiva por un minuto y procesemos lo que acaba de ocurrir»*. En raras ocasiones, los terapeutas tienen que conseguir la atención del grupo llamando a un tiempo fuera de forma similar a como lo hace un entrenador de baloncesto, formando una «*T*» con sus manos. Durante el tiempo fuera los terapeutas tienen que focalizar la discusión en la respuesta afectiva del grupo a la situación, más que en el tema que se está discutiendo. Por ejemplo, supongamos que el tema sea la violencia doméstica, y que uno de los miembros haya afirmado que su pareja merecía ser golpeada. Esto podría crecer fácilmente al reaccionar los demás miembros de forma fuerte y negativa ante lo que el otro miembro dijo. Igualmente, a veces los miembros están tan enfadados que lo más prudente es dejar que se calmen. Entonces el terapeuta podría decir: *«Ahora mismo las cosas parecen muy emotivas. Creo que lo mejor para nosotros es retomar este tema la próxima semana, cuando hayamos tenido algún tiempo para reflexionar sobre lo que ha sucedido hoy en el grupo»*.

En resumen, cuando se recurre a un tiempo fuera o cuando se responde a una interrupción, es importante centrarse en la emoción que están experimentando los

miembros, más que en el tema que tenemos entre manos. Al final, los terapeutas tienen que reforzar a todos los miembros por su contribución al grupo. Así, el terapeuta podría decir: *«Algunas veces surgen cuestiones difíciles en los grupos. Sin embargo, podemos aprender de las distintas perspectivas, abordando las cuestiones difíciles de una manera razonada y calmada, como lo hemos hecho aquí»*. Este enfoque también permite que el miembro o miembros molestos observen formas adecuadas de discutir temas delicados.

LA AUTORREVELACIÓN

La autorrevelación de los clientes

Aunque hay desacuerdo en cuanto a qué revelar, expertos en psicoterapia de grupo como Yalom y Leszcz (2005) y Dies (1992) están de acuerdo en que «la autorrevelación es absolutamente esencial en el proceso terapéutico grupal» (Yalom y Leszcz, 2005, p. 130, en cursiva en el original). Sin embargo, si un cliente revela información embarazosa o delicada al grupo y el grupo no le apoya o nadie responde, puede afectar a que se sincere en el futuro o incluso a su decisión de volver a la siguiente sesión de grupo. Puede que los miembros no respondan porque no saben qué decir o porque se sienten incómodos con lo que reveló. En cualquier caso, los terapeutas tienen que reflejar lo que ha ocurrido y reforzar la autorrevelación. Por ejemplo: *«Mary acaba de contarnos una situación muy personal de su vida, y ninguno ha dicho nada»*. Cuando los terapeutas dicen algo en este sentido, dan a los miembros permiso para hablar. Otra forma en que los terapeutas pueden intentar que los miembros respondan si un miembro hace una revelación y nadie responde es decir: *«Me pregunto cómo podemos apoyar a Mary sobre lo que nos ha dicho»*. Para reforzar la autorrevelación de un cliente en el grupo, uno de los terapeutas podría decir: *«Veo que Mary ha dado un gran paso al revelarnos cosas muy personales sobre sí misma. Debe haber sido difícil. ¿Qué piensan los demás sobre lo que Mary acaba de decir?»*.

Finalmente, se puede provocar al grupo para que utilice la autorrevelación como punto de inicio para compartir: *«Bill asumió un gran riesgo compartiendo lo que le sucedió la semana pasada. ¿A alguien más le sucedió algo parecido a Bill?»*.

Autorrevelación inadecuada

Otra cuestión a considerar se relaciona con los miembros que sacan temas (por ejemplo, abuso) que no se consideran adecuados para la discusión en el grupo. Con frecuencia, estas cuestiones se refieren sólo a un cliente y no son adecuadas para el grupo, a menos que todo el grupo esté pasando por cuestiones similares (por ejemplo, un grupo de TEPT). Además, cuando se revelan temas inadecuados al grupo, pueden afectar

de forma negativa a la cohesión grupal. Por ejemplo, cuando los supervivientes a un trauma revelan detalles de su incidente traumático, puede llevarles a preocuparse por cómo les percibirán los demás miembros del grupo y a descompensarse. Además, si los miembros del grupo responden con poca o ninguna empatía o si parecen juzgarles, ello podría sumarse a la vergüenza o la culpa que estos clientes (es decir, los supervivientes del trauma) pudieran estar experimentando.

La introducción de temas inadecuados normalmente es fácil de reconocer (por ejemplo, los demás miembros mirarán hacia abajo y/o habrá un silencio total). Cuando los terapeutas reconocen que un tema no es apropiado para el resto del grupo, pueden decir: *«Mary, aunque parece que es una cuestión importante para ti, con frecuencia estos temas se abordan mejor en terapia individual. Déjame quedarme contigo después del grupo»*. Por supuesto, hay varios tipos de cuestiones que podrían ser inapropiadas en los grupos. Con frecuencia, estas cuestiones no se relacionan con lo que trajo a los miembros del grupo a tratamiento (por ejemplo, las próximas elecciones políticas, opiniones políticas o discutir lo que piensa uno sobre los gais y las lesbianas en una sesión para dejar de fumar). Al final, las decisiones sobre la adecuación de los temas pertenece al juicio de los terapeutas.

Autorrevelación de los terapeutas

En la terapia de grupo, la frase autorrevelación de los terapeutas tiene un significado diferente de la forma en que esta frase se utilizaría en terapia individual (Dies, 1994). En terapia individual, la autorrevelación normalmente se refiere a que los terapeutas revelen información sobre sí mismos (por ejemplo: *«Me he divorciado dos veces»* o *«Yo también he fumado marihuana una vez»*). Por el contrario, las autorrevelaciones de los coterapeutas en un grupo normalmente son expresiones de sentimientos de aquí-y-ahora sobre lo que está sucediendo en el grupo. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: *«Me siento incómodo con lo que acaba de suceder. ¿Alguien más siente lo mismo?»*. Por supuesto, las autorrevelaciones de los terapeutas podrían implicar revelar información personal al grupo. Sin embargo, en estos casos la autorrevelación debería tener una intención determinada o una lógica terapéutica, como ocurriría en el caso de la terapia individual.

EJEMPLO DE AUTORREVELACIONES DEL TERAPEUTA RELACIONADAS CON SENTIMIENTOS SOBRE EL GRUPO

- *«Se siente algo de tensión en la sala después de lo que acaba de suceder. Me pregunto cómo os sentís los demás.»*
- *«Tengo la sensación de que a todos os gustaría decir algo más sobre la situación, pero que a muchos de vosotros parece causaros un poco de ansiedad hablar de* **[introducir el tema delicado]**».
- *«¿Qué piensa el grupo que está ocurriendo?»*
- *«Mary, no podemos imaginar cómo puede haber sido para ti. ¿Puedes compartir con el grupo cómo te*

sientes ahora mismo?»

- *«Parece que todos os sentís un poco nerviosos.»*

La autorrevelación de los sentimientos del terapeuta sobre el grupo puede ofrecer una buena forma de abordar dilemas sobre temas y cuestiones difíciles, especialmente cuando los terapeutas tienen problemas para medir la reacción del grupo. A continuación figuran algunos ejemplos de cómo puede lograrse.

PERSONALIZAR LOS PROBLEMAS UTILIZANDO EL AFECTO

Otra manera fundamental de fomentar que los miembros se impliquen más en el grupo es personalizar los problemas y conseguir que los miembros hablen sobre sus sentimientos (Dies, 1994). A continuación figuran algunos ejemplos de cómo los terapeutas pueden fomentar esta discusión centrándose en el afecto.

EJEMPLOS DE CONSEGUIR QUE LOS MIEMBROS PERSONALICEN LOS PROBLEMAS UTILIZANDO EL AFECTO

- *«Mary, cómo te sentirías en esa situación?»*
- *«Bill, parece que ha sido difícil para ti. ¿Alguien más ha tenido experiencias parecidas?»*
- *«¿Cómo os habéis sentido los demás cuando os han ocurrido cosas similares?»*
- *«¿Cómo os sentiríais si os sucediera a vosotros?»*
- *«¿Cómo se relaciona eso con la razón por la que estáis aquí?»*

RESUMEN

En diversos capítulos de este libro, incluyendo éste, hemos discutido las habilidades que los terapeutas necesitan para dirigir y manejar grupos de forma efectiva. Estas habilidades incluyen: 1) desarrollar cohesión buscando puntos en común entre los miembros; 2) utilizar la escucha refleja; 3) asegurarse de que todos miembros del grupo participen de forma regular; 4) manejar a muchos clientes a la vez; 5) manejar la resistencia y afrontar el conflicto; 6) convertir situaciones difíciles en oportunidades de aprendizaje para los miembros del grupo, y 7) lo más importante, dejar que la «música venga del grupo».

9
El camino a seguir

> El ahorro que supone pasar a la modalidad de tratamiento más rentable puede liberar recursos que podrían reinvertirse para mejorar el acceso al tratamiento de consumo de sustancias de un mayor número de personas que necesitan este tratamiento.
>
> MOJTABAI Y ZIVIN (2003, p. 233)

> El conocimiento de la psicopatología individual y de las intervenciones clínicas es necesario, pero no suficiente, para ser un terapeuta de grupo hábil.
>
> MARKUS Y KING (2003, p. 203)

Los costes sanitarios y de salud mental se han incrementado de forma constante a lo largo de la pasada década (Cummings, O'Donohue y Ferguson, 2002; Orszag, 2008). La elevación de los costes aumenta la presión en los profesionales sanitarios y de salud mental, compañías de seguros, responsables políticos y políticos para controlar y ofrecer información sobre la eficacia y la eficiencia de los servicios ofrecidos. Parte integrante de este escrutinio es el aumento de interés por la rendición de cuentas.

En todas las áreas sanitarias y de salud mental, las cuestiones centrales de organización se preocupan por la contención de los gastos y cómo distribuir los recursos limitados. La rentabilidad es la confluencia de eficacia y eficiencia. Desde esta perspectiva, los tratamientos basados en la evidencia son el punto de partida, pero no el punto final, de las consideraciones de contención del gasto. Por ejemplo, puede esperarse que la rentabilidad juegue un papel fundamental para tomar decisiones cuando se comparan dos o más tratamientos que son igualmente efectivos. En la práctica, esto significa que para que sean seleccionados tratamientos más caros o que necesiten mayor intensidad de recursos, deben producir resultados mucho mejores que los tratamientos menos costosos para justificar los costes adicionales. Esto sugiere que la terapia de grupo irá siendo de forma creciente el tratamiento de elección, excepto cuando exista evidencia de resultados superiores con tratamiento individual. En la actualidad no existen evidencias de esta superioridad.

PONER EN PRÁCTICA TRATAMIENTOS RENTABLES

Existe evidencia considerable de que los tratamientos breves deberían ser, en la mayor parte de los casos, el tratamiento de primera elección en los TCS. Los estudios

que evalúan distintos formatos y duraciones de tratamiento han favorecido los tratamientos más breves, que necesitan menos intensidad de recursos y servicios, ya comparen tratamiento ambulatorio y residencial, desintoxicación ambulatoria y residencial, o tratamientos breves con algunos minutos de consejo médico (Feldman, Pattison, Sobell, Graham y Sobell, 1975; Fleming et al., 1997; French, 2000; Heather, 1989; Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis, 1991; Longabaugh et al., 1983). Además, aunque los tratamientos intensivos para los TCS no han mostrado ser más efectivos que los menos intensivos, son más costosos (Mojtabai y Zivin, 2003). Así, aunque algunos individuos no mejoren en tratamientos breves y requieran servicios adicionales, se pueden abordar estas preocupaciones utilizando un modelo de tratamiento de cuidado por pasos similar al empleado en el ámbito médico (Davison, 2000; M. B. Sobell y Sobell, 2000).

Modelo de tratamiento de cuidado por pasos

Como se muestra en la figura 9.1, cuando se utiliza un modelo de cuidado por pasos la primera intervención está basada en la evidencia, normalmente es la menos intensa e intrusiva, es atractiva para el cliente y tiene una probabilidad razonable de éxito. Si el primer tratamiento produce resultados satisfactorios, puede que sólo se necesite un control y seguimiento. Si la intervención no produce resultados positivos se puede «subir un paso», ampliando el mismo tratamiento (es decir, más sesiones) o implementando una intervención distinta y quizá más intensa (por ejemplo, farmacoterapia para fumadores en un tratamiento conductual que actualmente no es efectivo). Utilizando un modelo de cuidado por pasos, las decisiones sobre un mayor tratamiento se basan en la respuesta de la persona a tratamientos anteriores. De esta forma, sólo aquellos que necesitan servicios más intensivos reciben los tratamientos más costosos.

El ámbito de consumo de sustancias se ha ido dirigiendo, aunque de forma lenta, hacia tratamientos menos intensivos. Por ejemplo, a principios de los años 1980 la gran mayoría de los programas de tratamiento para el consumo de alcohol y drogas eran hospitalarios o residenciales; sin embargo, hoy en día están en minoría (*Substance Abuse and Mental Health Administration*, 2003; Swift y Miller, 1997). Como la contención de gastos continúa, se puede esperar que los servicios estarán basados en la evidencia y la eficiencia. En este sentido, el tratamiento en grupo de tiempo limitado descrito en este libro está basado en la evidencia, es consistente con un modelo de prestación de servicios de cuidado por pasos, y sería una buena primera elección de tratamiento para muchos individuos con TCS.

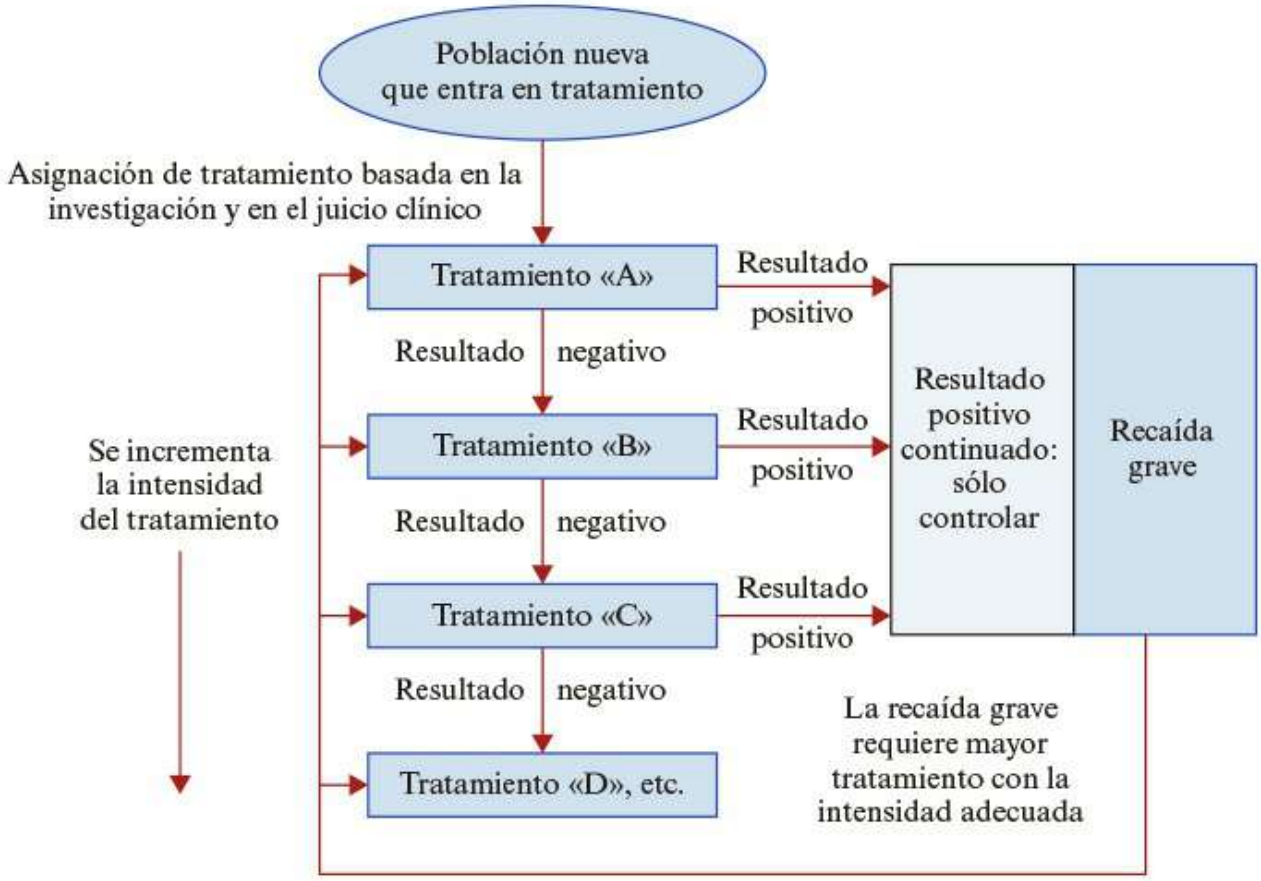


Figura 9.1.–Modelo de tratamiento de cuidado por pasos. De M. B. Sobell y Sobell (1993b, p. 150). Copyright 1993 de Sage Publications, Inc. Adaptado con autorización.

¿SON RENTABLES LOS GRUPOS?

Como se trató en el capítulo 1, el número de estudios que han evaluado la eficiencia (es decir, que han presentado cifras de costes y duración) de la terapia de grupo es limitado. Sin embargo, como puede verse en el siguiente ejemplo, es fácil ofrecer indicios razonables de que los grupos son más eficientes que la terapia individual.

EFICIENCIA DE LOS GRUPOS VERSUS TERAPIA INDIVIDUAL

Ejemplo: ocho clientes vistos durante seis sesiones de forma semanal.

- **Terapia individual:** sesión de 1 hora realizada por un terapeuta.
- **Terapia de grupo:** Sesiones de 2 horas dirigidas por dos terapeutas.
- **Tiempo del terapeuta para las sesiones individuales: 48 horas** [8 clientes diferentes × 6 sesiones cada uno (1 hora a la semana) × 1 terapeuta].
- **Tiempo del terapeuta para las sesiones grupales: 24 horas** [6 sesiones de grupo (con 8 clientes cada grupo) × 2 horas cada sesión de grupo × 2 terapeutas].

El ejemplo anterior da lugar al ahorro del 50 por 100 del tiempo del terapeuta en terapia de grupo versus terapia individual. Además, la ventaja de la eficiencia en todos los grupos es mayor cuando se incrementa el número de clientes del grupo. Consideremos el ejemplo anterior con 10 clientes en lugar de 8. El tiempo del terapeuta en terapia individual sería de 60 horas, mientras que el tiempo del terapeuta en terapia de grupo con 10 clientes (es decir, 6 sesiones × 2 horas cada sesión de grupo × 2 terapeutas) sería de 24 horas, que supone un 60 por 100 de ahorro en el tiempo del terapeuta. De hecho, en el estudio controlado aleatorizado de tratamiento ACD grupal versus individual, descrito anteriormente en este libro, un análisis similar encontró que la terapia de grupo producía un ahorro del 41,4 por 100 en el tiempo del terapeuta (L. C. Sobell et al., 2009). Además, aunque un miembro falte a una sesión de grupo, la sesión se realiza. Sin embargo, cuando los clientes no asisten a las sesiones individuales los terapeutas no pueden utilizar este tiempo para ver a otros clientes. De esta forma, incluso en ausencia de estudios de eficiencia la terapia de grupo tiene una ventaja significativa. Puesto que la contención del gasto continúa siendo una prioridad en la provisión de servicios sanitarios, es probable que se favorezca a los grupos, más que a la terapia individual, a menos que haya una justificación específica para la terapia individual.

¿DÓNDE ESTÁ LA FORMACIÓN?

A lo largo de los años, cuando los expertos en el ámbito de la terapia de grupo han hablado de los desafíos y la complejidad de dirigir grupos (Dies, 1980; Fuhriman y Burlingame, 2001; Markus y King, 2003; Piper y Joyce, 1996; Scheidlinger, 1994), también han reconocido la necesidad de una formación adecuada (Fuhriman y Burlingame, 2001; Markus y King, 2003; Thorn, 2004). En una encuesta de formación en terapia de grupo ofrecida por programas acreditados en psiquiatría, psicología y trabajo social, se identificaron varias carencias (Fuhriman y Burlingame, 2001). En estas tres disciplinas existía un vacío significativo entre lo que estaba ocurriendo en el ámbito de la terapia de grupo y lo que se enseñaba en los programas de la universidad. Por ejemplo, aunque el 83 por 100 de los psicólogos encuestados llevan a cabo psicoterapia grupal, sólo el 21 por 100 habían tenido que realizar un curso o practicum de terapia de grupo como parte de su formación.

Si, como se predice, continúa incrementándose la prevalencia de la terapia de grupo durante los próximos años, una prioridad importante es asegurar que existen terapeutas formados competentes para dirigir grupos. Por los desafíos y complejidad de llevar a cabo la terapia de grupo, la formación tiene que incluir más que seminarios didácticos (Markus y King, 2003). Más bien, debería hacerse más hincapié en la terapia de grupo dentro de la formación profesional, de forma análoga a como se ofrece la formación para la terapia individual.

TERAPIA DE GRUPO: LA TENDENCIA DEL FUTURO

Durante veinte años, Norcross et al. han llevado a cabo encuestas Delphi utilizando un panel de expertos para predecir las tendencias en psicoterapia. En la mayoría de las encuestas recientes (Norcross, Hedges y Prochaska, 2002), los expertos predecían que cuatro formatos de terapia aumentarían, dos de los cuales son terapias de grupo y a corto plazo. Si se tuviera que especular por qué se incluyen estos dos formatos, es probable que se relacionara con su ventaja económica sobre los formatos de terapia a largo plazo, que se estimaba que estarían en declive. También podría reflejar un aumento en el reconocimiento de que el cambio se da antes en el tratamiento.

La terapia de grupo en el sistema sanitario del futuro

Como se trató en el capítulo 1, la literatura ofrece evidencia de la misma efectividad y el menor coste de los grupos, en comparación con la terapia individual. Esto es consistente con los resultados del estudio GRIN. Los resultados similares de la terapia grupal e individual harán difícil que los profesionales ignoren los grupos como una modalidad de tratamiento efectiva y eficiente en el futuro.

Basados en lo que hemos presentado en este libro, se ofrecen las siguientes indicaciones con respecto a la terapia de grupo y su lugar en nuestro futuro sistema sanitario.

- Continuarán incrementándose las presiones para contener los gastos crecientes del sistema sanitario, haciendo énfasis en ofrecer servicios menos costosos, basados en la evidencia, incluyendo la terapia de grupo.
- Aunque es necesario contener el gasto sanitario, no debe poner en peligro la calidad del cuidado.
- La terapia de grupo es compleja y desafiante, y los terapeutas de grupo tienen que estar formados de forma adecuada.
- La mayoría de los programas de formación de las universidades tienen que cambiar sus currículo para asegurar que los profesionales están formados de forma competente para ofrecer terapia de grupo.
- Se necesita más investigación sobre cómo aumentar la aceptación de los grupos por parte de los clientes.
- Se deberían ofrecer los tratamientos de forma consistente con un modelo de tratamiento de cuidado por pasos para maximizar la eficiencia sin sacrificar el cuidado individualizado.

RESUMEN

En este capítulo final sugerimos que la terapia de grupo limitada en el tiempo es una intervención eficiente

en un modelo de tratamiento de cuidado por pasos. A lo largo de este libro hemos mantenido, como otros expertos en terapia de grupo, que llevar a cabo terapia de grupo es complejo y desafiante.

Para tal fin, sin embargo, falta formación adecuada a muchos niveles acerca de cómo dirigir y manejar de forma efectiva las dinámicas de interacción interpersonal en los grupos. No obstante, como continúa creciendo la presión para la contención del gasto sanitario, la terapia de grupo limitada en el tiempo se verá en general como eficiente y como un enfoque muy útil para ayudar a aquellos individuos cuyos problemas de salud física y mental no sean graves. En resumen, como la popularidad de la terapia de grupo ha crecido durante la última década, un desafío fundamental será asegurar que haya profesionales formados de forma competente para dirigir estos grupos.

APÉNDICES

APÉNDICE A

Cuestionario AUDIT[1]

(Descargar o imprimir)

Estas preguntas se refieren a su consumo de alcohol. Por favor, rodee con un círculo la respuesta que sea correcta en su caso.

1. ¿Con qué frecuencia consume una bebida alcohólica?

0	1	2	3	4
Nunca	**Una o menos veces al mes**	**2-4 veces al mes**	**2-3 veces a la semana**	**4 o más veces a la semana**

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas suele tomar en un día de consumo normal?

0	1	2	3	4
Nunca	**Menos de 1 vez al mes**	**Mensualmente**	**Semanalmente**	**A diario o casi a diario**

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

0	1	2	3	4
Nunca	**Menos de 1 vez al mes**	**Mensualmente**	**Semanalmente**	**A diario o casi a diario**

4. ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz en el curso del último año de parar de beber una vez que había empezado?

0	1	2	3	4
Nunca	**Menos de 1 vez al mes**	**Mensualmente**	**Semanalmente**	**A diario o casi a diario**

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted por lo que había bebido?

0	1	2	3	4
Nunca	**Menos de 1 vez al mes**	**Mensualmente**	**Semanalmente**	**A diario o casi a diario**

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día antes?

0	1	2	3	4
Nunca	**Menos de 1 vez al mes**	**Mensualmente**	**Semanalmente**	**A diario o casi a diario**

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

0	1	2	3	4
Nunca	**Menos de 1 vez al mes**	**Mensualmente**	**Semanalmente**	**A diario o casi a diario**

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

0	1	2	3	4
Nunca	**Menos de 1 vez al mes**	**Mensualmente**	**Semanalmente**	**A diario o casi a diario**

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque había bebido?

0	1	2
No	**Sí, pero no en el curso del último año**	**Sí, duramente el curso del último año**

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha indicado que deje de beber?

0	1	2
No	**Sí, pero no en el curso del último año**	**Sí, en el curso del último año**

Puntuación AUDIT:

Clave de corrección del AUDIT

- El Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para evaluar el consumo de alcohol de una persona y hasta qué punto su consumo de alcohol suponía un problema.
- El AUDIT consta de diez preguntas. La mayor parte de las preguntas se refieren al último año, pero algunas se refieren al consumo a lo largo de su vida.
- Las preguntas se puntúan de 0 a 4. Las puntuaciones pueden ir de 0 a 40.
- Las puntuaciones más altas normalmente reflejan problemas que son más graves.
- Si la puntuación de una persona es de 8 o más, puede indicar un problema con el alcohol.
- El AUDIT está disponible en varios idiomas, y puede utilizarse de forma gratuita porque es de dominio público.

Puntuaciones relacionadas con la gravedad del consumo de alcohol

Puntuación	Nivel de gravedad del problema con el alcohol
0-70	Ninguno
1-70	Bajo
8-16	Moderado
17-25	Alto
26-40	Muy alto

NOTAS

1 De Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II. *Addiction, 88,* 791-804. El AUDIT es propiedad de Wiley-Blackwell, pero puede reproducirse sin autorización.

APÉNDICE B

Cuestionario de consumo de drogas (DAST-10)[2]

(Descargar o imprimir)

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial implicación con las drogas, excluyendo el alcohol y el tabaco, durante los últimos 12 meses. Lea con cuidado cada pregunta y decida si su respuesta es «No» o «Sí.» Después, marque la casilla adecuada junto a la pregunta.

Cuando se utiliza la palabra «abuso de drogas», se refiere al consumo de medicamentos, comprados con receta médica o sin ella, en una dosis mayor de lo recomendado. Los distintos tipos de droga incluyen cannabis (por ejemplo, marihuana, hachís), solventes, tranquilizantes (por ejemplo, Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (por ejemplo, speed), alucinógenos (por ejemplo, LSD) o narcóticos (por ejemplo, heroína). Recuerde que las preguntas no incluyen el alcohol ni el tabaco.

Por favor, responda a cada pregunta. Si tiene dificultades con alguna de las preguntas, escoja la que le parezca correcta.

Estas preguntas se refieren a los últimos 12 meses:	**No**	**Sí**
1. ¿Ha consumido algún tipo de drogas sin prescripción médica?	_____	_____
2. ¿Ha consumido más de una droga al mismo tiempo?	_____	_____
3. ¿Siempre que quiere es capaz de parar de consumir drogas?	_____	_____
4. ¿Ha tenido «pérdidas de memoria» o le han aparecido «imágenes del pasado» como consecuencia de su consumo de drogas?	_____	_____
5. ¿Se ha sentido mal consigo mismo o culpable por su consumo de drogas?	_____	_____
6. ¿Su pareja (o sus familiares) suelen quejarse de su consumo de drogas?	_____	_____
7. ¿Ha desatendido a su familia a consecuencia de su consumo de drogas?	_____	_____

8. ¿Ha realizado alguna actividad ilegal para obtener drogas? _____ _____

9. ¿Ha notado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando deja de consumir drogas? _____ _____

10. ¿Ha tenido problemas de salud como consecuencia del consumo de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias, etc.)? _____ _____

Clave de corrección del DAST-10

PUNTUACIÓN: Para cada **«Sí»** a las preguntas 1-2 y 4-10 dar 1 punto, y en la pregunta 3 dar 1 punto a la respuesta **«No».**

Puntuación	Nivel del problema relacionado con el consumo de drogas
0-7	No informa de problemas
1-2	Nivel de problema bajo
3-5	Nivel de problema moderado
6-8	Nivel de problema considerable
9-10	Nivel de problema severo

NOTAS

2 Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors, 7,* 363-371. El DAST-10 es de dominio público y puede fotocopiarse de forma gratuita.

APÉNDICE C

Cuestionario de consumo anterior de drogas[3]

(Descargar o imprimir)

TIPO DE DROGA (Incluye el uso no médico de drogas) **Nota:** Usa los tipos de casillas con categoría de nombres de drogas para determinar primero qué drogas has consumido alguna vez, y después pide información sobre las drogas que nunca has consumido.	**Si se consumió alguna vez rodear Sí o No**[a]	**Total de años de consumo**[b]	**Consumo intravenoso NA = no aplicable**	**Año en que se consumió por última vez (por ejemplo, 1998)**	**Frequencia de consumo en los últimos 6 meses**[c]
Alcohol	No Sí		NA		
Cannabis: Marihuana, hachís, aceite de hachís	No Sí		NA		
Estimulantes: Cocaína, crack	No Sí		No Sí		
Estimulantes: Metanfetamina: speed, ice, crank	No Sí		No Sí		
Anfetaminas/otros estimulantes: Ritalina, Benzedrina, Dexedrina	No Sí		NA		
Benzodiazepinas/tranquilizantes: Valium, Librium, Xanax, Diazepam, Roofies	No Sí		NA		
Sedantes/hipnóticos/barbitúricos: Amytal, Seconal, Dalmane, Quaalude, Fenobarbital	No Sí		NA		
Heroína	No Sí		No Sí		
Metadona ilegal	No Sí		NA		
Otros opiáceos: Tylenol #2 y #3, de 282, de 292, Percodan, Percocet, Opio, Morfina, Demerol, Dilaudid	No Sí		NA		
Alucinógenos: LSD, PCP, STP, MDA, DAT, mescalina, peyote, setas, éxtasis (MDMA), óxido nitroso	No Sí		NA		
Inhalantes: Pegamento, gasolina, aerosoles, disolventes, botes de pintura, productos de limpieza	No Sí		NA		

[a] **Si responde No** al consumo alguna vez en una línea, el **resto de la línea debería dejarse en blanco.**

[b] **Consumo poco frecuente** (= 2/año) **o consumo experimental breve** (< 3 meses a lo largo de la vida) = **escribe 87**

[c] **Códigos de frecuencia:**

0 = no consumo
1 = < 1/mes.
2 = 1/mes.
3 = 2-3/mes.
4 = 1/sem.
5= 2-3/sem.
6 = 4-6/sem.
7 = a diario

NOTAS

3 Tomado de Sobell, L. C., Kwan, E. y Sobell, M. B. (1995). The reliability of a Drug History Questionnaire (DHQ). *Addictive Behaviors, 20,* 233-241. Copyright 1995, con permiso de Elsevier.

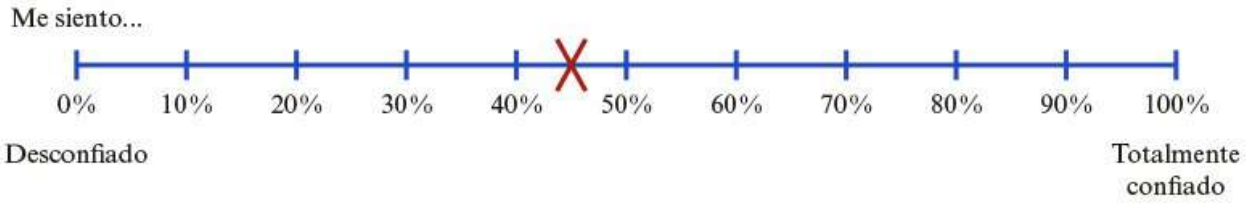
APÉNDICE D

Cuestionario breve de confianza situacional (BSCQ)[4]

(Descargar o imprimir)

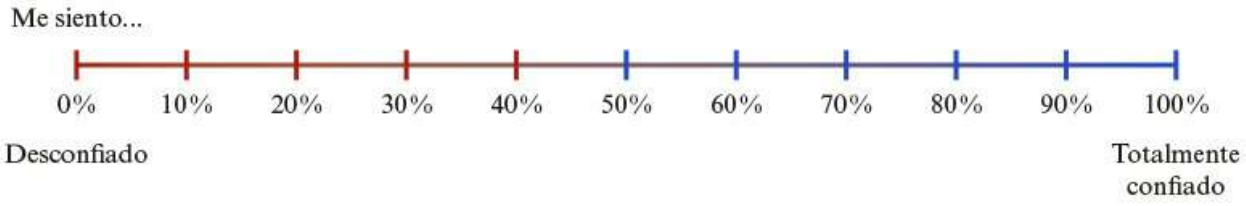
A continuación se presentan ocho tipos de situaciones en los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir drogas. Las preguntas tienen que contestarse en relación a su problema principal de alcohol o consumo de drogas.

Imagínese que **en este momento** está en cada una de estas situaciones. Indique en la escala hasta qué punto se siente seguro **en este momento** de que sería capaz de resistir la necesidad de beber de forma excesiva o consumir la droga principal en cada situación, marcando con una **«X»** a lo largo de la línea de **0 por 100 «Nada seguro» a 100 por 100 «Totalmente seguro»,** como en el ejemplo.

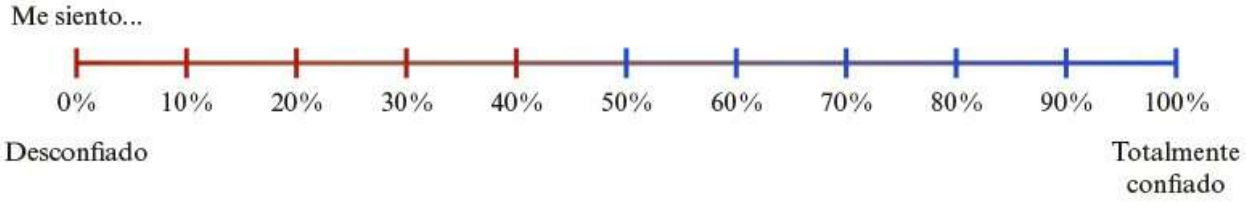


En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber de forma excesiva o consumir drogas en aquellas situaciones que involucran...

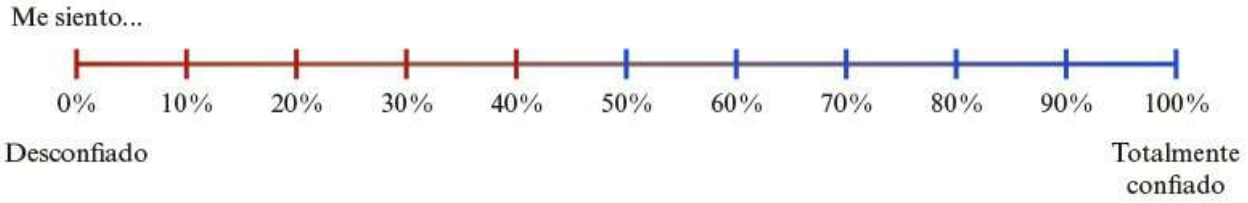
1. **EMOCIONES DESAGRADABLES (por ejemplo, si estuviera deprimido por todo en general; si todo me fuera mal).**



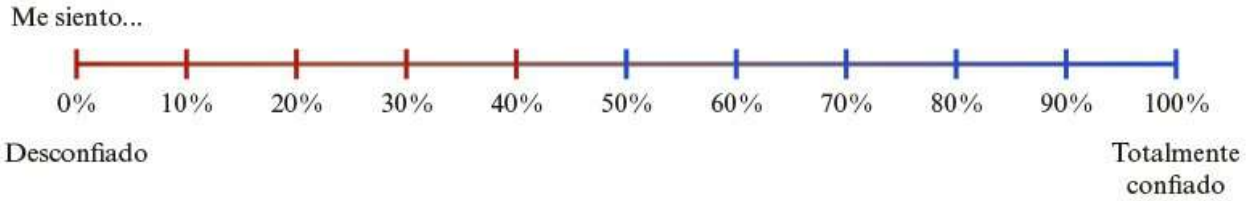
2. **MALESTAR FÍSICO (por ejemplo, si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso).**



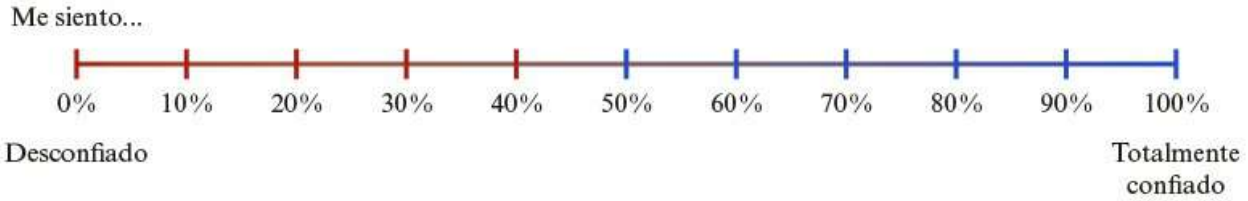
3. **EMOCIONES AGRADABLES (por ejemplo, si sucediera algo bueno y quisiera celebrarlo; si todo fuera bien).**



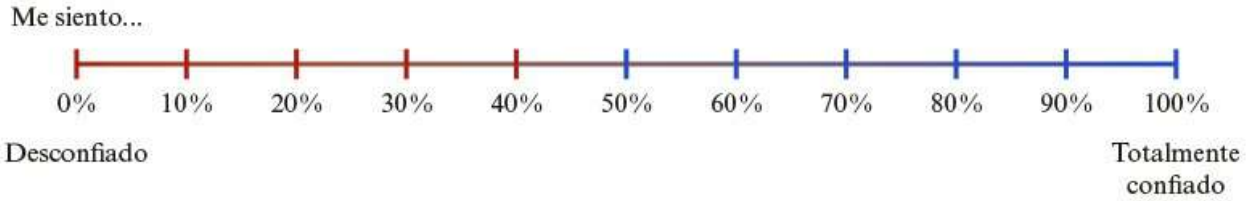
4. **PROBAR MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS (por ejemplo, si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol o la drogas; si me sintiera seguro de poder beber sólo unas cuantas copas o controlar el consumo de drogas).**



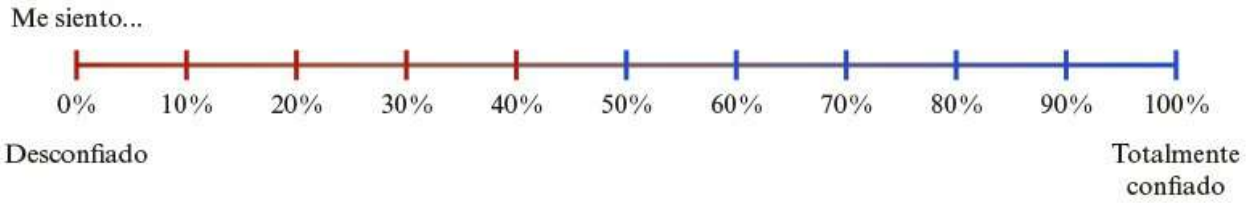
5. **NECESIDAD FÍSICA Y TENTACIONES (por ejemplo, si tuviera necesidad de beber una copa o consumir drogas; si estuviera en una situación donde solía consumir drogas o beber de forma excesiva; si pensara lo bien que me podría sentir).**



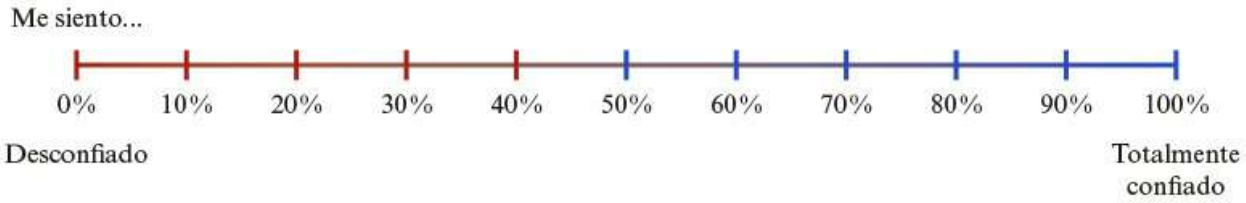
6. **CONFLICTO CON OTROS (por ejemplo, si discutiera con un amigo; si no me llevara bien con los compañeros de trabajo).**



7. **PRESIÓN SOCIAL PARA CONSUMIR (por ejemplo, si alguien me presionara a beber y consumir drogas con él; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa o drogas).**



8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS (por ejemplo, si quisiera celebrar algo con un amigo; si me lo estuviera pasando bien en una fiesta y quisiera sentirme mejor).



NOTAS

4 De Breslin, F. C., Sobell, L. C., Sobell, M. B. y Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. Behaviour Research and Therapy, 38(12), 1211-1220. Copyright 2000, con autorización de Elsevier.

Referencias

Abrams, D. B. y Wilson, G. T. (1979). Effects of alcohol on social anxiety in women: Cognitive versus physiological processes. *Journal of Abnormal Psychology, 88*(2), 161-173.

Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 24*(3), 313-326.

Agrawal, S., Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (2008). The Timeline Followback: A scientifically and clinically useful tool for assessing substance use. En R. F. Belli, F. P. Stafford y D. F. Alwin (eds.), *Calendar and time diary methods in life course research* (pp. 57-68). Beverly Hills, CA: Sage.

Allsop, S. (2007). What is this thing called motivational interviewing? *Addiction, 102*(3), 343-345.

Andréasson, S., Hansagi, H. y Oesterlund, B. (2002). Short-term treatment for alcohol-related problems: Four-session guided self-change versus one session of advice – A randomized controlled trial. *Alcohol, 28*(1), 57-62.

Annis, H. M. (ed.) (1986). *A relapse prevention model for the treatment of alcoholics.* Nueva York: Pergamon Press.

Annis, H. M. y Davis, C. S. (1988). Assessment of expectancies. En D. M. Donovan y G. A. Marlatt (eds.), *Assessment of addictive behaviors* (pp. 84-111). Nueva York: Guilford Press.

Apodaca, T. R. y Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: A review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction, 104*(5), 705-715.

Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell, L. (1997). Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores problema en México. *Revista Mexicana de Psicología, 14*(2), 113-127.

Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México [An early and brief intervention alternative for problem drinkers in Mexico]. *Acta Comportamentalia, 6*, 71-93.

Ayala-Velazquez, H., Cardenas, C., Echeverria, L. y Gutierrez, M. (1995). Initial results of an autocontrol program for problem alcoholics in Mexico. *Salud Mental, 18*(4), 18-24.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Dauser, D., Burleson, J. A., Zarkin, G. A. y Bray, J. (2006). Brief interventions for at-risk drinking: Patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol and Alcoholism, 41*(6), 624-

631.
Babor, T. F., Steinberg, K., Anton, R. y Del Boca, F. (2000). Talk is cheap: Measuring drinking outcomes in clinical trials. *Journal of Studies on Alcohol, 61*(1), 55-63.
Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Barlow, S. H., Burlingame, G. M., Nebeker, R. S. y Anderson, E. (2000). Meta-analysis of medical self-help groups. *International Journal of Group Psychotherapy, 50*(1), 53-69.
Baumeister, R. F. (1994). The crystallization of discontent in the process of major life change. En T. F. Heatherton y J. L. Weinberger (eds.), *Can personality change?* (pp. 281-297). Washington, DC: American Psychological Association.
Beal, D. J., Cohen, R. R., Burke, M. J. y McLendon, C. L. (2003). Cohesion and performance in groups: A meta-analytic clarification of construct relations. *Journal of Applied Psychology, 88*(6), 989-1004.
Bernard, H. S. (1994). Difficult patients and challenging situations. En H. S. Bernard y K. R. MacKenzie (eds.), *Basics of group psychotherapy* (pp. 123-156). Nueva York: Guilford Press.
Bernard, H. S. y MacKenzie, K. R. (eds.) (1994). *Basics of group psychotherapy.* Nueva York: Guilford Press.
Berridge, V. (1999). Histories of harm reduction: Illicit drugs, tobacco, and nicotine. *Substance Use and Misuse, 34*(1), 35-47.
Bieling, P. J., McCabe, R. E. y Antony, M. M. (2006). *Cognitive-behavioral therapy in groups.* Nueva York: Guilford Press.
Brandsma, J. M. y Pattison, E. M. (1985). The outcome of group psychotherapy alcoholics: An empirical review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 11*, 151-162.
Breslin, C., Li, S., Sdao-Jarvie, K., Tupker, E. y Ittig-Deland, V. (2002). Brief treatment for young sub-stance abusers: A pilot study in an addiction treatment setting. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*(1), 10-16.
Breslin, F. C., Sobell, L. C., Sobell, M. B. y Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 38*(12), 1211-1220.
Breslin, F. C., Sobell, M. B., Sobell, L. C., Buchan, G. y Cunningham, J. A. (1997). Toward a stepped care approach to treating problem drinkers: The predictive utility of within-treatment variables and therapist prognostic ratings. *Addiction, 92*(11), 1479-1489.
Breslin, F. C., Sobell, M. B., Sobell, L. C., Cunningham, J. A., Sdao-Jarvie, K. y Borsoi, D. (1998). Problem-drinkers: Evaluation of stepped-care approach. *Journal of Substance Abuse, 10*(3), 217-232.
Britt, E., Blampied, N. M. y Hudson, S. M. (2003). Motivational interviewing: A review.

Australian Psychologist, 38(3), 193-201.
Budman, S. H., Demby, A., Redondo, J. P., Hannan, M., Feldstein, M., Ring, J. et al. (1988). Comparative outcome in time-limited individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 38,* 63-86.
Burke, B. L., Arkowitz, H. y Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(5), 843-861.
Burlingame, G. M., Fuhriman, A. y Johnson, J. E. (2001). Cohesion in group psychotherapy. *Psycho-therapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 373-379.
Burns, D. D. y Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 46-56.
Cahalan, D. y Room, R. (1974). *Problem drinking among American men.* New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
Center for Substance Abuse Treatment (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment: Treatment improvement protocol (TIP) Series 35* (DHHS Publication No. SMA 99-3354). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
Center for Substance Abuse Treatment (2005). *Substance abuse treatment: Group therapy. Treatment improvement protocol (TIP) Series 41* (DHHS Publication N.º SMA 05-3991). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
Clifford, P. R., Maisto, S. A. y Davis, C. M. (2007). Alcohol treatment research assessment exposure subject reactivity effects: Part I. Alcohol use and related consequences. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68*(4), 519-528.
Connors, G. J., Carroll, K. M., DiClemente, C. C., Longabaugh, R. y Donovan, D. M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 588-598.
Coviello, D. M., Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., McKay, J. R. y Zanis, D. A. (2001). The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment for cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 61*(2), 145-154.
Cummings, N. A., O'Donohue, W. T. y Ferguson, K. E. (2002). *The impact of medical cost offset on practice and research: Making it work for you.* Reno, NV: Context Press.
Cunningham, J. A., Sobell, M. B., Sobell, L. C., Gavin, D. R. y Annis, H. M. (1995). Heavy drinking and negative affective situations in a general population and a treatment sample: Alternative explanations. *Psychology of Addictive Behaviors, 9*(2), 123-127.
D'Amico, E. J., Feldstein Ewing, S. W., Engle, B., Hunter, S., Osilla, K. C. y Bryan, A.

(2011). Group alcohol and drug treatment. En S. Naar-King y M. Suarez, *Motivational interviewing with adolescents and young adults* (pp. 151-157). Nueva York: Guilford Press.

D'Amico, E. J., Osilla, K. C., y Hunter, S. B. (en prensa). Developing a group motivational interviewing intervention for adolescents at-risk for developing an alcohol or drug use disorder. *Alcoholism Treatment Quarterly.*

D'Onofrio, G., Bernstein, E. y Rollnick, S. (1996). Motivating patients for change: A brief strategy for negotiation. En E. Bernstein y J. Bernstein (eds.), *Case studies in emergency room medicine and the health of the public* (pp. 295-303). Boston: Jones & Bartlett.

D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78,* 107-126.

Davison, G. C. (2000). Stepped care: Doing more with less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 580-585.

Dies, R. R. (1980). Group psychotherapy, training and supervision. En A. K. Hess (ed.), *Psychotherapeutic supervision* (pp. 337-362). Nueva York: Wiley.

Dies, R. R. (1992). The future of group therapy. *Psychotherapy, 29,* 58-64.

Dies, R. R. (1993). Research on group psychotherapy: Overview and clinical applications. En A. Alonso y H. I. Swiller (eds.), *Group therapy in clinical practice* (pp. 473-518). Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press.

Dies, R. R. (1994). The therapist's role in group treatments. En H. S. Bernard y K. R. MacKenzie (eds.), *Basics of group psychotherapy* (pp. 60-99). Nueva York: Guilford Press.

Duckert, F., Johnsen, J. y Amundsen, A. (1992). What happens to drinking after therapeutic intervention? *British Journal of Addiction, 87*(10), 1457-1467.

Dufour, M. C. (1999). What is moderate drinking? Defining «drinks» and drinking levels. *Alcohol Research and Health, 23*(1), 5-14.

Dunn, C., Deroo, L. y Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction, 96*(12), 1725-1742.

Edwards, G., Orford, J., Egert, S., Guthrie, S., Hawker, A., Hensman, C. et al. (1977). Alcoholism: A controlled trial of «treatment» and «advice». *Journal of Studies on Alcohol, 38,* 1004-1031.

Epstein, E. E., Drapkin, M. L., Yusko, D. A., Cook, S. M., McCrady, B. S. y Jensen, N. K. (2005). Is alcohol assessment therapeutic?: Pretreatment change in drinking among alcohol-dependent women. *Journal of Studies on Alcohol, 66*(3), 369-378.

Erickson, C. K. (2007). Let's not be afraid of harm reduction. *Addiction Professional, 5*(1), 10.

Feldman, D. J., Pattison, E. M., Sobell, L. C., Graham, T. y Sobell, M. B. (1975). Outpatient alcohol detoxification: Initial findings on 564 subjects. *American Journal of Psychiatry, 132,* 407-412.

Fleming, M. F., Barry, K. L., Manwell, L. B., Johnson, K. y London, R. (1997). Brief

physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association, 227*, 1039-1045.

Forsyth, D. R. (2006). *Group dynamics* (4.ª ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Foy, D. W., Nunn, L. B. y Rychtarik, R. G. (1984). Broad-spectrum behavioral treatment for chronic alcoholics: Effects of training controlled drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 218-230.

French, M. T. (2000). Economic evaluation of alcohol treatment services. *Evaluation and Program Planning, 23*(1), 27-39.

Fuhriman, A. y Burlingame, G. M. (2001). Group psychotherapy training and effectiveness. *International Journal of Group Psychotherapy, 51*(3), 399-416.

Garland, A. y Scott, J. (2002). Using homework in therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology, 58*(5), 489-498.

Gavin, D. R., Ross, H. E. y Skinner, H. A. (1989). Diagnostic validity of the Drug Abuse Screening Test in the assessment of the DSM-III drug disorders. *British Journal of Addiction, 84,* 301-307.

Gil, A. G., Wagner, E. F. y Tubman, J. G. (2004). Culturally sensitive substance abuse intervention for Hispanic and African American adolescents: Empirical examples from the Alcohol Treatment Targeting Adolescents in Need (ATTAIN) Project. *Addiction, 99,* 140-150.

Graham, K., Annis, H. M., Brett, P. J. y Venesoen, P. (1996). A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction, 91*(8), 1127-1139.

Guimon, J. (2004). Evidence-based research studies on the results of group therapy: A critical review. *Euro pean Journal of Psychiatry, 18,* 49-60.

Harper, R. y Hardy, S. (2000). An evaluation of motivational interviewing as a method of intervention with clients in a probation setting. *British Journal of Social Work, 30*(3), 393-400.

Heather, N. (1989). Psychology and brief interventions. *British Journal of Addiction, 84,* 357-370.

Heather, N. (1999). Some common methodological criticisms of Project MATCH: Are they justified? *Addiction, 94*(1), 36-39.

Heather, N. (2005). Motivational interviewing: Is it all our clients need? *Addiction Research and Theory, 13*(1), 1-18.

Heather, N. y Robertson, I. (1981). *Controlled drinking.* Londres: Methuen.

Heather, N., Smailes, D. y Cassidy, P. (2008). Development of a readiness ruler for use with alcohol brief interventions. *Drug and Alcohol Dependence, 98*(3), 235-240.

Heimberg, R. G. y Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies.* Nueva York: Guilford Press.

Hofmann, S. G. y Suvak, M. (2006). Treatment attrition during group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(7), 961-972.

Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. R. y Rubonis, A. V. (1991). The cost

effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol, 52,* 517-540.

Hore, B. (1995). You can't just leave the goal choice to the patient. *Addiction, 90*(9), 1172-1173.

Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561-573.

Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B. et al. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(3), 151-158.

Hunt, W. A., Barnett, L. W. y Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology, 27,* 455-456.

Ingersoll, K. S., Wagner, C. C. y Gharib, S. (2002). *Motivational groups for community substance abuse programs.* Richmond, VA: Mid-Atlantic Addictions Technology Transfer Center.

Institute of Medicine (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems.* Washington, DC: National Academy Press.

International Center for Alcohol Policies (1998, septiembre). *International drinking guideline* (ICAP Report 14). Washington, DC: Author.

Janis, I. L. y Mann, L. (1977). *Decision-making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment.* Nueva York: Free Press.

Kadden, R. M., Cooney, N. L., Getter, H. y Litt, M. D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 698-704.

Kahan, M. (1996). Identifying and managing problem drinkers. *Canadian Family Physician, 42,* 661-671.

Kalant, H. (1987). Nathan B. Eddy memorial award lecture: Tolerance and its significance for drug and alcohol dependence. *NIDA Research Monograph, 76,* 9-19.

Kaminer, Y. (2005). Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: A critical review. *Addictive Behaviors, 30*(9), 1765-1774.

Kanas, N., Stewart, P., Deri, J., Ketter, T. y Haney, K. (1989). Group process in short-term outpatient therapy groups for schizophrenics. *Group, 13,* 67-73.

Kazantzis, N. (2000). Power to detect homework effects in psychotherapy outcome research. *Clinical Psychology Review, 68*(1), 166-170.

Kazantzis, N. y Shinkfield, G. (2007). Conceptualizing patient barriers to nonadherence with homework assignments. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(3), 317-324.

Kazantzis, N., Deane, F. P. y Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*(2), 189-202.

Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R. y L'Abate, L. (2005). *Using homework assignments in cognitive-behavioral therapy.* Nueva York: Routledge.

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*(1), 1-27.

Klingemann, H. K. y Sobell, L. C. (2007). *Promoting self-change from addictive behaviors: Practical implications for policy, prevention, and treatment.* Nueva York: Springer.

Knight, K. M., McGowan, L., Dickens, C. y Bundy, C. (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology, 11,* 319-332.

Lieber, C. S., Weiss, D. G., Groszmann, R., Paronetto, F. y Schenker, S. (2003). I. Veterans Affairs cooperative study of polyenylphosphatidylcholine in alcoholic liver disease: Effects on drinking behavior by nurse/physician teams. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 27*(11), 1757-1764.

Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. y Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal on Addictions, 8*(4), 279-292.

Longabaugh, R., McCrady, B., Fink, E., Stout, R., McAuley, T., Doyle, C. et al. (1983). Cost-effectiveness of alcoholism treatment in partial vs. inpatient settings: Six-month outcomes. *Journal of Studies on Alcohol, 44,* 1049-1071.

MacKenzie, K. R. (1983). The clinical application of a group climate measure. En R. R. Dies y K. R. MacKenzie (eds.), *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice* (pp. 159-170). Nueva York: International Universities Press.

MacKenzie, K. R. (1994). The developing structure of the therapy group system. En H. S. Bernard y K. R. MacKenzie (eds.), *Basics of group psychotherapy* (pp. 35-59). Nueva York: Guilford Press.

MacKenzie, K. R. (1996). Time-limited group psychotherapy. *International Journal of Group Psycho-therapy, 46*(1), 41-60.

MacKenzie, K. R. (1997). Advances in group psychotherapy. *Current Opinion in Psychiatry, 10*(3), 239-242.

Maisto, S. A., Henry, R. R., Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1978). Implications of acquired changes in tolerance for the treatment of alcohol problems. *Addictive Behaviors, 3*(1), 51-55.

Mann, L. (1972). Use of a «balance sheet» procedure to improve the quality of personal decision making: A field experiment with college applicants. *Journal of Vocational Behavior, 2,* 291-300.

Marijuana Treatment Project Research Group (2004). Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 455-466.

Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J. y Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(6), 811-831.

Markus, H. E. y King, D. A. (2003). A survey of group psychotherapy training during predoctoral psychology internship. *Professional Psychology—Research and Practice, 34*(2), 203-209.

Marlatt, G. A. y Donovan, D. M. (eds.) (2005). *Relapse prevention: Maintenance*

strategies in the treatment of addictive behaviors (2.ª ed.). Nueva York: Guilford Press.

Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* Nueva York: Guilford Press.

Marlatt, G. A., Miller, W. R., Duckert, F., Goetestam, G., Heather, N., Peele, S. et al. (1985). Abstinence and controlled drinking: Alternative treatment goals for alcoholism and problem drinking? *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 4*, 123-150.

Marques, A. C. y Formigoni, M. L. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction, 96*(6), 835-846.

Martin, G. W. y Wilkinson, D. A. (1989). Methodological issues in the evaluation of treatment of drug dependence. *Advances in Behavioural Research and Therapy, 11*, 133-150.

Martin, G. W., Herie, M. A., Turner, B. J. y Cunningham, J. A. (1998). A social marketing model for disseminating research-based treatments to addictions treatment providers. *Addiction, 93*(11), 1703-1715.

Martino, S., Carroll, K. M., O'Malley, S. S. y Rounsaville, B. J. (2000). Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *American Journal on Addictions, 9*(1), 88-91.

McKay, J. R., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Rutherford, M. J., O'Brien, C. P. y Koppenhaver, J. (1997). Group counseling versus individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: Initial results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 778-788.

Meier, P. S., Barrowclough, C. y Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction, 100*(3), 304-316.

Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11*, 147-172.

Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin, 98,* 84-107.

Miller, W. R. (1986-1987). Motivation and treatment goals. *Drugs and Society, 1*, 133-151.

Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing and the incredible shrinking treatment effect. *Addiction, 100*(4), 421.

Miller, W. R. y Brown, S. A. (1997). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. *American Psychologist, 52*(12), 1269-1279.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* Nueva York: Guilford Press.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2.ª ed.). Nueva York: Guilford Press.

Miller, W. R. y Taylor, C. A. (1980). Relative effectiveness of bibliotherapy, individual

and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors, 5,* 13-24.
Miller, W. R. y Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction, 97*(3), 265-277.
Mojtabai, R. y Zivin, J. G. (2003). Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: A propensity score analysis. *Health Services Research, 38*(1), 233-259.
Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M. y Cooney, N. L. (1989). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide.* Nueva York: Guilford Press.
Moran, A. P. (2004). *Sport and exercise psychology: A critical introduction.* Nueva York: Routledge.
Morrison, M. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*(3), 311.
Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E. y Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction, 97*(3), 279-292.
Moyers, T. B., Martin, T., Houck, J. M., Christopher, P. J. y Tonigan, J. S. (2009). From in-session behaviors to drinking outcomes: A causal chain for motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1113-1124.
Moyers, T. B., Miller, W. R. y Hendrickson, S. M. L. (2005). How does motivational interviewing work?: Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 590-598.
Moyers, T. B. y Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance in psycho-therapy. *Journal of Clinical Psychology, 58*(2), 185-193.
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1996). *How to cut down on your drinking.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2007). *Helping patients who drink too much: A clinician's guide* (Updated 2005 ed.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
Norcross, J. C., Hedges, M. y Prochaska, J. O. (2002). The face of 2010: A Delphi poll on the future of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*(3), 316-322.
Oei, T. P. y Jackson, P. (1980). Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. *Addictive Behaviors, 5,* 129-136.
Orszag, P. (31 de enero de 2008). *Congressional Budget Office Testimony: Growth in Health Care Costs.* Paper presented at the Committee on the Budget, United States Senate, Washington, DC.
Panas, L., Caspi, Y., Fournier, E. y McCarty, D. (2003). Performance measures for outpatient substance abuse services: Group versus individual counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment, 25*(4), 271-278.
Perloff, R. M. (2008). *The dynamics of persuasion: Communication and attitudes in the*

21st century (3.ª ed.). Nueva York: Erlbaum.
Piper, W. E. (ed.) (1993). *Group psychotherapy research.* Baltimore: Williams & Wilkins.
Piper, W. E. y Joyce, A. S. (1996). A consideration of factors influencing the utilization of time-limited, short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 46,* 311-328.
Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice 19*(3), 276-288.
Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy.* Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
Project MATCH (1993). Project MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 17*(6), 1130-1145.
Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol, 58*(1), 7-29.
Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22,* 1300-1311.
Reinert, D. F. y Allen, J. P. (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: An update of research findings. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 31*(2), 185-199.
Resnicow, K., Dilorio, C., Soet, J. E., Borrelli, B., Hecht, J. y Ernst, D. (2002). Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. *Health Psychology, 21*(5), 444-451.
Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4.ª ed.). Nueva York: Free Press.
Rollnick, S. y Allison, J. (2001). Motivational interviewing. En N. Heather, T. J. Peters y T. Stockwell (eds.), *International handbook of alcohol dependence and problems* (pp. 593-603). Nueva York: Wiley.
Rollnick, S. y Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23,* 325-334.
Rollnick, S., Miller, W. R. y Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior.* Nueva York: Guilford Press.
Rose, S. D. (1990). *Working with adults in groups: Integrating cognitive-behavioral and small group strategies.* San Francisco: Josey-Bass.
Rosenberg, S. A. y Zimet, C. N. (1995). Brief group treatment and managed mental health care. *International Journal of Group Psychotherapy, 45,* 367-379.
Sánchez-Craig, M. (1980). Random assignment to abstinence or controlled drinking in a cognitive-behavioral program: Short-term effects on drinking behavior. *Addictive Behaviors, 5,* 35-39.

Sánchez-Craig, M., Annis, H. M., Bornet, A. R. y MacDonald, K. R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 390-403.

Sánchez-Craig, M., Leigh, G., Spivak, K. y Lei, H. (1989). Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking. *British Journal of Addiction, 84,* 395-404.

Sánchez-Craig, M., Spivak, K. y Davila, R. (1991). Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: Replication and report of therapist effects. *British Journal of Addiction, 86,* 867-876.

Santa Ana, E. J., Wulfert, E. y Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 816-822.

Satterfield, J. M. (1994). Integrating group dynamics and cognitive-behavioral groups: A hybrid model. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*(2), 185-196.

Saunders, B. y Wilkinson, C. (1990). Motivation and addiction behaviour: A psychological perspective. *Drug and Alcohol Review, 9,* 133-142.

Scheidlinger, S. (1994). An overview of nine decades of group psychotherapy. *Hospital and Community Psychiatry, 45,* 217-225.

Schmitz, J. M., Oswald, L. M., Jacks, S. D., Rustin, T., Rhoades, H. M. y Grabowski, J. (1997). Relapse prevention treatment for cocaine dependence: Group vs. individual format. *Addictive Behaviors, 22*(3), 405-418.

Schoenholtz-Read, J. (1994). Selection of group intervention. En H. S. Bernard y K. R. MacKenzie (eds.), *Basics of group psychotherapy* (pp. 157-188). Nueva York: Guilford Press.

Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. P., Bucholz, K. K. y Reich, T. (2001). Five-year clinical course associated with DSM-IV alcohol abuse or dependence in a large group of men and women. *American Journal of Psychiatry, 158*(7), 1084-1090.

Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors, 7,* 363-371.

Sklar, S. M., Annis, H. M. y Turner, N. E. (1997). Development and validation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire: A measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors, 22*(5), 655-670.

Sobell, L. C. (1996). Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us. *Behavior Therapy, 27*(3), 297-320.

Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1973). A self-*feedback* technique to monitor drinking behavior in alcoholics. *Behaviour Research and Therapy, 11,* 237-238.

Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1995). Motivational strategies for promoting self-change: Dealing with alcohol and drug problems [Videotape]. Toronto, Ontario, Canada: Addiction Research Foundation.

Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (2003). Alcohol consumption measures. En J. P. Allen y V. Wilson (eds.), *Assessing alcohol problems* (2.ª ed., pp. 75-99). Rockville, MD:

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
Sobell, L. C., Kwan, E. y Sobell, M. B. (1995). Reliability of a Drug History Questionnaire (DHQ). *Addictive Behaviors, 20*(2), 233-241.
Sobell, L. C., Sobell, M. B. y Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 23*(4), 672-683.
Sobell, L. C., Sobell, M. B., Leo, G. I., Agrawal, S., Johnon-Young, L. y Cunningham, J. A. (2002). Promoting self-change with alcohol abusers: A community-level mail intervention based on natural recovery studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26,* 936-948.
Sobell, L. C., Wagner, E., Sobell, M. B., Agrawal, S. y Ellingstad, T. P. (2006). Guided self-change: a brief motivational intervention for cannabis users. En R. Roffman y R. Stephen (eds.), *Cannabis dependence: Its nature, consequences, and treatment* (pp. 204-224). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1973). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy, 4*, 49-72.
Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1986-1987). Conceptual issues regarding goals in the treatment of alcohol problems. *Drugs and Society, 1,* 1-37.
Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1993a). *Problem drinkers: A guided self-change treatment.* Nueva York: Guilford Press.
Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1993b). Treatment for problem drinkers: A public health priority. En J. S. Baer, G. A. Marlatt y R. J. McMahon (eds.), *Addictive behaviors across the lifespan: Prevention, treatment, and policy issues* (pp. 138-157). Beverly Hills, CA: Sage.
Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction, 90,* 1149-1153.
Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 573-579.
Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (2005). Guided self-change treatment for substance abusers. *Journal of Cognitive Psychotherapy 19,* 199-210.
Sobell, M. B., Sobell, L. C. y Gavin, D. R. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: Different yardsticks of success. *Behavior Therapy, 26*(4), 643-669.
Sobell, M. B., Sobell, L. C. y Leo, G. I. (2000). Does enhanced social support improve outcomes got problem drinkers in guided self-change treatment? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 31*(1), 41-54.
Sobell, M. B., Sobell, L. C. y Sheahan, D. B. (1976). Functional analysis of drinking problems as an aid in developing individual treatment strategies. *Addictive Behaviors, 1,* 127-132.
Solomon, K. E. y Annis, H. M. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour. *British Journal of Addiction, 85,* 659-665.

Spitz, H. I. (2001). Group psychotherapy of substance abuse in the era of managed mental health care. *International Journal of Group Psychotherapy, 51*(1), 21-41.

Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W. y Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behavior Research and Therapy, 41*(9), 991-1007.

Steenberger, B. T. y Budman, S. H. (1996). Group psychotherapy and managed behavioral health care: Current trends and future challenges. *International Journal of Group Psychotherapy, 46,* 297-309.

Stephens, R. S., Roffman, R. A. y Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 898-908.

Stern, S. A., Meredith, L. S., Gholson, J., Gore, P. y D'Amico, E. J. (2007). Project CHAT: A brief motivational substance abuse intervention for teens in primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment 32*(2), 153-165.

Stokes, J. P. (1983). Components of group cohesion: Intermember attraction, instrumental value, and risk taking. *Small Group Behavior, 14,* 163-173.

Substance Abuse and Mental Health Administration (2003). *The ADSS cost study: Costs of substance abuse treatment in the speciality sector.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Suwaki, H., Kalant, H., Higuchi, S., Crabbe, J. C., Ohkuma, S., Katsura, M. et al. (2001). Recent research on alcohol tolerance and dependence. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 25*(5 Suppl.), 189S-196S.

Swanson, A. J., Pantalon, M. V. y Cohen, K. R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 187*(10), 630-635.

Swift, R. M. y Miller, N. S. (1997). Integration of health care economics for addiction treatment in clinic care. *Journal of Psychoactive Drugs, 29*(3), 255-262.

Thorn, B. E. (2004). *Cognitive therapy for chronic pain: A step-by-step guide.* Nueva York: Guilford Press.

Treadwell, T., Lavertue, N., Kumar, V. y Veeraraghavan, V. (2001). The Group Cohesion Scale-Revised: Reliability and validity. *International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing, 54*(1), 3-11.

Tschuschke, V., Hess, H. y MacKenzie, K. R. (2002). GCQS Gruppenklima-Fragebogen [The Group Climate Questionnaire. GCQ-S]. En E. Brahler, J. Schymacher y B. Straub (eds.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie.* Göttingen, Germany: Hogrefe.

Tucker, M. y Oei, T. P. S. (2007). Is group more cost-effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavior and Cognitive Psychotherapy, 35*(1), 77-91.

U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture (2005). *Dietary guidelines for Americans, 2005* (6.ª ed.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Vakili, S., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Simco, E. R. y Agrawal, S. (2008). Using the Timeline Followback to determine time windows representative of annual alcohol consumption with problem drinkers. *Addictive Behaviors, 33*(9), 1123-1130.

Vannicelli, M. (1992). *Removing the roadblocks: Group psychotherapy with substance abusers and family members.* Nueva York: Guilford Press.

Walters, S., Vader, A., Harris, T. R., Field, C. y Jouriles, E. (2009). Dismantling motivational interviewing and *feedback* for college drinkers: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(1), 64-73.

Walters, S. T., Bennett, M. E. y Miller, J. H. (2000). Reducing alcohol use in college students: A controlled trial of two brief interventions. *Journal of Drug Education, 30*(3), 361-372.

Walters, S. T., Ogle, R. O. y Martin, J. E. (2002). Perils and possibilities of group-based motivational interviewing. En W. R. Miller y S. Rollnick, *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2.ª ed., pp. 377-390). Nueva York: Guilford Press.

Weiss, R. D., Jaffee, W. B., deMenil, V. P. y Cogley, C. B. (2004). Group therapy for substance use disorders: What do we know? *Harvard Review of Psychiatry, 12*(6), 339-350.

Wilkinson, D. A., Leigh, G. M., Cordingley, J., Martin, G. W. y Lei, H. (1987). Dimensions of multiple drug use and a typology of drug users. *British Journal of Addiction, 82,* 259-287.

Wilson, G. T. (1999). Rapid response to cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(3), 289-292.

Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist, 59*(4), 224-235.

Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2006). Overview of harm reduction treatments for alcohol problems. *International Journal of Drug Policy*, *17*(4), 285-294.

Wright, J. H. (2004). *Cognitive-behavioral therapy.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3.ª ed.). Nueva York: Basic Books.

Yalom, I. y Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5.ª ed.). Nueva York Basic Books.

Director: Francisco J. Labrador

Traducción: Mónica Bernaldo de Quirós

Título original: *Group therapy for substance use disorders: a motivational cognitive-behavioral approach*

2011, The Guilford Press, New York

Edición en formato digital: 2015

© Linda Carter Sobell y Mark B. Sobell, 2015
© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), 2015
Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15
28027 Madrid
piramide@anaya.es

ISBN ebook: 978-84-368-3475-8

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.

Conversión a formato digital: calmagráfica

Los enlaces web incluidos en esta obra se encuentran activos en el momento de su publicación.

www.edicionespiramide.es

Índice

Listado de figuras, tablas y fichas del terapeuta y del cliente 7
Sobre los autores 10
Prologo 12
Agradecimientos 14
Parte Primera. Base teórica, investigación y evaluación 16
1. Tratamiento de autocambio dirigido y su extensión con éxito a la terapia de grupo 17
Influencias en el desarrollo del modelo de tratamiento de ACD 18
El modelo de tratamiento de ACD comparado con otras intervenciones cognitivo-conductuales 19
Breve revisión de estudios comparando tratamientos grupales e individuales para los TCS 20
Marco general del modelo de tratamiento de ACD 25
Extendiendo el modelo de tratamiento de ACD a formato grupal 26
¿Hasta qué punto funciona bien el ACD? 27
Difusión del modelo de tratamiento de ACD: del laboratorio a la práctica 42
Resumen 45
2. Visión general de las estrategias y técnicas de entrevista motivacional 47
Desarrollo histórico de la entrevista motivacional 47
¿Qué es la entrevista motivacional? 48
Técnicas y estrategias de entrevista motivacional 51
Resumen 65
3. La evaluación: el comienzo del tratamiento 66
Utilizando el enfoque de entrevista motivacional para comenzar la evaluación 66
Medidas y cuestionarios de evaluación: descripción y utilidad 67
Utilidad de los ejercicios para casa 74
Tareas para casa asignadas a los clientes en la sesión de evaluación 75
Terminando la sesión de evaluación: ¿qué destacó? 79
Resumen 79
Parte segunda. Autocambio guiado: una intervención motivacional cognitivo-conductual para terapia individual y grupal 110
4. Tratamiento de autocambio guiado en formato individual 111

Sesión 1 111
Sesión 2 119
Sesión 3 128
Sesión 4 130
Resumen 133
5. Integrado la entrevista motivacional y las técnicas cognitivo-conductuales en la terapia de grupo 193
El poder del grupo: sacar el máximo rendimiento de los procesos grupales 194
Adaptación del modelo de tratamiento de ACD 196
Discusiones en cadena 199
Integrar las estrategias y técnicas de la entrevista motivacional en un formato grupal utilizando discusiones en cadena 204
Preparar a los miembros potenciales del grupo durante la evaluacion 210
La terapia de grupo puede verse limitada por factores culturales o de otro tipo 211
Resumen 211
Parte tercera. Dirigir y gestionar grupos: planficación antes del grupo, cohesión grupal y situaciones y clientes difíciles 243
6. Construyendo la cohesión grupal. La música viene del grupo 244
Preparación y planificación del grupo 244
El grupo: una sala de espejos de aprendizaje en vivo 246
La música viene del grupo: los terapeutas como directores de orquesta 247
La cohesión: una fuerza potente en la terapia de grupo 248
Resumen 252
7. Gestionando los grupos. Cuestiones estructurales 253
Montar los grupos 254
Estructura de la sesión: duración y tamaño 257
El papel de los coterapeutas/terapeutas del grupo 257
Seleccionar a los miembros del grupo: composición y equilibrio 258
Otras cuestiones significativas del grupo 259
Terminación de los grupos 261
Resumen 261
8. Manejando a los clientes difíciles en los grupos 262
Pensar en el grupo: interrumpir a los clientes por el bien común 262
Equilibrar las voces en el grupo 265
Manejar el conflicto e introducir tiempos fuera 266

La autorrevelación 268
Personalizar los problemas utilizando el afecto 270
Resumen 270
9. El camino a seguir 271
Poner en práctica tratamientos rentables 271
¿Son rentables los grupos? 273
¿Dónde está la formación? 274
Terapia de grupo: la tendencia del futuro 275
Resumen 275
Apéndices 277
Apéndice A. Cuestionario AUDIT 278
Apéndice B. Cuestionario de consumo de drogas (DAST-10) 281
Apéndice C. Cuestionario de consumo anterior de drogas 283
Apéndice D. Cuestionario breve de confianza situacional (BSCQ) 285
Referencias 288
Créditos 302